

# **ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

**1ª Edição**

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte, 2006**

## VII. A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL POR CICLOS DE VIDA





Um dos princípios da Atenção Primária é o princípio da Longitudinalidade, que está ligado à necessidade de os profissionais da equipe de saúde serem capazes de fornecer a atenção a todos os usuários de sua área de abrangência ao longo de suas vidas. Isso significa possuir o entendimento do processo saúde-doença e das variações de abordagens em relação a todas as faixas etárias, e da importância de se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo. Como a equipe de saúde bucal pode ser a porta de entrada no sistema, é interessante que ela esteja atenta a sinais e sintomas nas diferentes faixas etárias que demandam encaminhamento para a equipe de saúde para diagnóstico.

Nesse sentido, descreveremos a seguir algumas particularidades relacionadas aos diferentes ciclos de vida.

## 7.1 A SAÚDE BUCAL DO BEBÊ (0 A 1 ANO)

- A atenção à saúde bucal da criança tem seu início durante o período de gestação, com orientações à gestante, tanto em atendimentos individuais como em grupos operativos, as quais favorecem o início dos cuidados com a criança precocemente, antes mesmo da erupção dos dentes.
- O trabalho de prevenção nesta faixa etária deverá estar direcionado à gestante, principalmente nos grupos operativos, aos pais durante as visitas após o nascimento do bebê, e às pessoas que cuidam da criança.
- As ações devem ser realizadas dentro do contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde, e de forma a não se criar programas específicos para esse grupo etário, verticalizados, isolados, e que por, demandarem muito tempo, acabam excluindo os outros grupos populacionais da atenção.
- O conteúdo educativo pode ser trabalhado dentro do que foi apresentado no item sobre Educação em Saúde Bucal. Existe, no entanto, a necessidade de se desenvolver um conteúdo voltado para essa faixa etária que deve ser discutido com a equipe de saúde que também acompanha o bebê.

### Principais pontos a serem trabalhados

#### Sensibilização

- Para importância dos dentes decíduos e controle dos fatores de risco em saúde bucal.
- Para a importância de a gestante cuidar de sua própria saúde bucal.

### Aleitamento materno

- Além de todos os benefícios para o desenvolvimento do bebê, o aleitamento materno tem um papel importante na prevenção de problemas ortodônticos.
- Ao amamentar, a criança exercita os músculos faciais, promovendo a instalação da respiração nasal, o crescimento harmônico da face e, conseqüentemente, o desenvolvimento adequado da oclusão, da fala e da deglutição.
- É, portanto, uma medida importante na prevenção da síndrome do respirador bucal, da deglutição atípica, da má oclusão, das disfunções crânio-mandibulares e das dificuldades de fonação.
- Além disso, por não oferecer excesso de leite, a amamentação possibilita que a satisfação alimentar seja atingida juntamente com a saciação do prazer oferecido pela sucção, tornando desnecessários os hábitos de sucção adicionais que podem ser deletérios.
- Deve ser realizado com exclusividade até os 6 meses de idade, e a partir dessa idade incentivado o uso de alimentos em colheres e copos e a diminuição gradual das mamadas durante a madrugada.
- Em caso de impossibilidade de amamentação, o bico da mamadeira deve ter um furo pequeno, para estimular a sucção.

### Higiene bucal

- A partir do irrompimento do primeiro dente decíduo, deverá ser feita a sua limpeza, de preferência à noite, utilizando-se fralda ou pano de boca limpo e seco.

### Erupção dentária

- Os primeiros dentes que irrompem na cavidade bucal são os incisivos centrais inferiores, entre os 6–7 meses de vida.
- Por volta dos 12 meses, já irromperam os 4 incisivos inferiores e os 4 incisivos superiores.
- É comum o aparecimento de sinais e sintomas sistêmicos nesse período, considerados como decorrentes da erupção ou simplesmente coincidentes.
- Os sintomas mais encontrados são a salivação abundante, diarreia e sono agitado.
- A conduta frente a essas alterações deve ser o tratamento sintomático, sempre sendo encaminhado para a equipe de saúde quando necessário para investigação de outras causas para os sintomas descritos.
- Com a erupção dos incisivos a língua deve tomar uma posição mais posterior e a criança começa a mudar o hábito alimentar, de sucção para mastigação.

### Afecções bucais

- Os dentes natais (aparecem na cavidade bucal na ocasião do nascimento) e neonatais (aparecem nas primeiras semanas de vida) podem soltar-se e serem deglutidos ou aspirados ou podem determinar lesões secundárias junto ao bico do peito da mãe, ou lesão de base de língua no bebê.
- Essas situações devem ser detectadas durante o exame físico da criança e/ou a partir do relato da mãe, e as crianças deverão ser encaminhadas para avaliação do CD.
- Cistos de lâmina dentária, nódulos de Bohn e pérolas de Epstein na maioria das vezes involuem e desaparecem.

### Os portadores de fissura labial e/ou palatal e os pacientes com necessidades especiais (PNE)

- Os portadores de fissura necessitam de cuidados mais complexos, devendo ser encaminhados a serviços especializados para tratamento e reabilitação precoces, o que evita aparecimento de deformidades na dentição, inibição do crescimento dos ossos maxilares e da face, problemas psicológicos e incorreções na fala.
- Os PNE devem ser abordados desde o seu nascimento com ações preventivas e trabalho educativo com os pais e cuidadores.
- A abordagem dos PNE e os procedimentos relativos ao tratamento das fissuras serão discutidos no capítulo “Atenção por Condição Sistêmica”.

### Higiene geral relacionada à saúde bucal

- Por uma questão de higiene os objetos do bebê – como colher, copo, chupeta, escova de dente e bico de mamadeira – não devem ser colocados na boca de outras pessoas, devendo-se também evitar beijar o bebê na boca.
- Como o sistema imunológico do bebê ainda não está maduro, esses cuidados evitam a transmissão de muitas doenças.

### Dieta

- Nessa idade começa o trabalho com a família em direção a uma alimentação saudável, que não condiz com o consumo excessivo e frequente de açúcar.
- A lactose é considerada o açúcar menos cariogênico e deve haver um incentivo às mães para que não adocem artificialmente as mamadeiras de seus filhos.
- É sempre importante levar em consideração o significado do açúcar, como esse significado é construído no contexto social e familiar, e quais os determinantes para a formação desses conceitos.

- Para muitas mães, adoçar a mamadeira pode significar um ato de amor para com o filho, para que ele mame mais e com mais prazer, e esses conceitos têm de ser trabalhados junto à mãe pela equipe.
- A “cárie de mamadeira” ou cárie precoce da infância caracteriza-se por uma evolução muito rápida, associada à dieta cariogênica e à má higienização, principalmente após a amamentação noturna com sacarose e sem posterior limpeza dos dentes.
- As mães devem ser orientadas também a não passar açúcar, mel, ou algum outro produto que contenha açúcar na chupeta do bebê, e a fazer uso do açúcar natural encontrado nas frutas.
- A partir dos 12 meses, com a presença dos dentes decíduos, torna-se importante o incentivo a uma dieta mais consistente, sólida e menos líquida, de modo a se incentivar também o correto desenvolvimento da face, da musculatura, da fala, e da mastigação.

### Hábitos deletérios

- Até 3 anos não causam alterações irreversíveis.
- A sucção não nutritiva (dedo, chupeta, entre outros) proporciona à criança um prazer especial, aquecimento e proteção, podendo se tornar um hábito de sucção persistente, adotado pela criança em resposta a frustrações e para satisfazer sua ânsia e necessidade de contato.

### Traumatismo dentário

- Devido à incidência de lesões traumáticas nos dentes decíduos neste período em que a criança começa a andar e correr sem possuir ainda coordenação motora suficiente, é importante um trabalho de orientação para pais, e em creches e outros ambientes a serem identificados, de forma a esclarecer sobre aspectos preventivos e cuidados imediatos após o traumatismo.
- A criança nessa idade deve estar sempre sob supervisão, em ambientes que não ofereçam perigos óbvios como escadas, desníveis, locais fáceis de serem escalados, entre outros.

### Fluorose dentária

- Além dos cuidados com o uso do dentifrício fluoretado, é importante um trabalho com a equipe de saúde sobre a importância de não se prescrever complementos vitamínicos contendo flúor em áreas com água fluoretada.



## 7.2 A CRIANÇA DE 2 A 5 ANOS

- A atenção em saúde bucal nessa faixa etária é essencial, pelo impacto causado pelas ações preventivas e por ser um período de formação de hábitos.
- O conteúdo educativo já foi discutido no capítulo de Educação para a Saúde Bucal e é muito importante de ser trabalhado em sua totalidade com a família, com os responsáveis pelo cuidado da criança, e no ambiente das creches e pré-escola. A atenção em saúde bucal nessa faixa etária está muito ligada a atividades direcionadas para grupos que estão em contato com a criança.
- Essa faixa etária é uma faixa prioritária para as ações coletivas, e devem ser avaliadas as possibilidades de acessá-la em cada área adscrita, através do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares, entre outros.
- O enfoque familiar também é essencial quando lidamos com crianças nessa faixa etária, pois o aprendizado se faz, principalmente, através da observação do comportamento dos pais.

### Pontos específicos importantes a serem trabalhados

#### Higiene bucal

- A escovação nessa faixa etária de 2 a 6 anos continua sendo ainda uma responsabilidade dos pais, mas à medida que a criança cresce, ela deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha, com uma escova macia e pequena, inicialmente brincando com a escova e, depois, a partir dos 03 anos, aprendendo uma técnica dentro das suas possibilidades e sempre com supervisão e reforço dos pais.
- Todas as superfícies acessíveis dos dentes devem ser escovadas, as faces externas e internas no sentido da gengiva para os dentes e as superfícies oclusais com movimentos de vai-e-vem horizontal. É aconselhável seguir a mesma seqüência de escovação, trabalhando a qualidade da mesma.
- Atualmente a fluorose dentária tem sido associada principalmente ao uso impróprio de dentifrício fluoretado por crianças menores de cinco anos, principalmente na presença de água fluoretada. Até os 6 anos a criança ainda engole grande parte do dentifrício utilizado, e portanto uma importante ação de prevenção à fluorose é o controle do uso do dentifrício com flúor nessas idades, em termos de quantidade utilizada e freqüência de escovação. A partir da erupção dos primeiros molares decíduos, por volta de 1 ano e meio a escovação com dentifrício fluoretado deve ser feita somente uma vez ao dia, preferencialmente à noite e sempre pelos pais, e principalmente em presença de atividade de cárie ou de alto risco, a ser avaliado pelo CD. Deve ser utilizada uma quantidade mínima de dentifrício, do tamanho de um grão de arroz cru. Outras escovações podem ser feitas sem o dentifrício fluoretado.



- É, portanto, muito importante uma vigilância sobre as crianças até 6 anos para se trabalhar a orientação preventiva à família, detectar a presença de manchas brancas ou outro sinal de atividade de doença e de risco, e verificar o uso correto do dentífrico. Em caso de atividade de cárie, deverá ser feito o encaminhamento individual conforme descrito no item “Abordagem clínica da cárie dentária”.
- Crianças com menos de 6 anos fazendo uso de dentífrico fluoretado devem estar sempre sob supervisão de um adulto ciente dos riscos da ingestão e o dentífrico deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. A criança desde pequena deve ser continuamente lembrada do fato de que dentífrico não é para ser engolido, e de que não devemos colocar grande quantidade na escova.
- O uso do fio dental deve ser feito por um adulto principalmente em superfícies que apresentam contato proximal.

### Dieta

- A mastigação propriamente dita, com os movimentos de lateralidade, de protrusão e retrusão, começa quando a dentição decídua está completa.
- Em conseqüência disso, o tipo de alimentação também muda, de uma alimentação pastosa para alimentos mais duros e secos.
- Deve ser feito um trabalho em relação a uma dieta saudável, juntamente com a equipe de saúde.

### Erupção dentária

- Aos 3 anos, a criança já deve ter os dentes decíduos erupcionados. A dentição decídua se completa, geralmente, aos 24 – 30 meses.
- Aos 5 anos, os incisivos e molares permanentes também podem estar iniciando sua erupção.
- Importante a orientação sobre a cronologia de erupção, destacando-se a importância do cuidado com os dentes permanentes recém-erupcionados.
- A erupção dos dentes permanentes aumenta os sítios de retenção da placa bacteriana, sendo, portanto, uma fase de maior susceptibilidade à doença cárie. A criança necessita da ajuda do adulto para escovação nessa fase
- O CD deve ainda monitorar a erupção dentária de modo a detectar algum transtorno nesse processo.
- Importância da manutenção da dentição decídua: é importante para a prevenção de má-oclusão, o que faz com que os procedimentos mutiladores (extrações) devam ser evitados ao máximo. Quando não for possível evitá-los, deve-se tentar disponibilizar o mantenedor de espaço.

## Hábitos deletérios

- Existem alguns hábitos que são considerados fatores etiológicos de má-oclusão e que devem ser trabalhados no processo educativo.
- Algumas má-oclusões advindas dos hábitos deletérios podem se autocorrigir se a criança abandonar o hábito durante a primeira dentição, daí a importância do diagnóstico precoce pelo CD ou pela equipe de saúde.

## Sucção da chupeta

- O ideal é que o hábito da chupeta seja retirado a partir dos 3 anos.
- Após essa idade, temos o hábito de sucção anormal, que pode trazer vários problemas de oclusão, tais como mordida aberta anterior, deglutição atípica, lábio entreaberto, alteração muscular com diminuição de tonicidade e mordida cruzada posterior.

## Sucção digital

- Pode se iniciar na vida intra-uterina e após o nascimento produz satisfação e efeito tranquilizador ao recém-nascido.
- A má-oclusão oriunda deste hábito depende do padrão, frequência, duração e intensidade do mesmo.
- Pode haver protusão dos dentes ântero-superiores, inclinação dos inferiores, mordida aberta, deformação do palato, deglutição atípica e lábio entreaberto.

## Deglutição atípica

- É definida como aquela que não apresenta contato oclusal entre os dentes, pois a língua se projeta para diante entre os incisivos ou caninos e pré-molares.
- A utilização de bicos longos e orifícios aumentados na mamadeira impede a sucção anterior, torna os lábios hipofuncionais e promove um fluxo intenso de líquido, por ser o mesmo retirado pelo pressionamento posterior.
- A criança projeta a língua inadequadamente entre os rebordos gengivais, mas não se satisfaz o prazer da sucção, tendendo a associar outros hábitos.
- As principais características dos usuários portadores deste hábito são: contração de lábios e músculos, mordida aberta anterior, modificação na fonação.

## Respiração bucal

- É geralmente causada pela obstrução de via aérea superior decorrente de hipertrofia de adenóide ou amígdalas, asma, rinite alérgica, vias aéreas estreitas e amigdalites.

- Principais características: palato estreito e profundo, lábio-versão dos incisivos superiores, sobremordida acentuada, lábio superior hipotônico e hiperatrofiado pela exposição ao ar.
- Esses usuários devem ser encaminhados para diagnóstico médico sobre a causa da respiração bucal e tratamento.

### Sucção do lábio inferior

- As principais características são lábio-versão dos incisivos superiores, línguo-versão dos incisivos inferiores, protusão da maxila, retrusão da mandíbula, mordida aberta anterior, sobremordida, hiperatividade da musculatura mentoniana.

### Posturas incorretas

- O hábito de dormir com a mão, braço ou almofadas sob o rosto provoca uma compressão desigual que pode ocasionar um crescimento assimétrico da face.
- A arcada dentária pode desviar-se ou atrofiar-se no lado da pressão exercida, resultando em mordidas cruzadas unilaterais ou bilaterais, e afecções da ATM.
- O hábito de dormir em decúbito ventral também promove uma compressão do rosto sobre o travesseiro, provocando um desvio lateral da mandíbula ou línguo-versão dos dentes.
- O hábito da criança de sustentar a cabeça com o auxílio de uma ou ambas as mãos, com os cotovelos sobre a mesa ou sobre o sofá para ver televisão, pode provocar alterações de desenvolvimento da mandíbula e em sua relação com o complexo naso-maxilar.

### Onicofagias

- Apesar de a onicofagia ser relacionada ao hábito de roer unha, do ponto de vista ortodôntico devemos considerar também os hábitos de morder lápis ou palitos, pois esses hábitos todos causam as mesmas anomalias.
- A sua etiologia inclui, principalmente, estresse e imitação de membro da família e, entre as conseqüências bucais, podemos citar má-oclusão e desvio de dentes.

### Importante

- Pelo lado emocional relacionado com o estabelecimento de hábitos, sugere-se o uso de medidas não traumáticas para sua remoção.
- São muito importantes a abordagem familiar nesses casos e o entendimento do momento pelo qual a criança ou a família estão passando, para se avaliar a melhor forma de se descontinuar o hábito.
- A abordagem familiar também é importante para serem trabalhados hábitos que podem ser comuns a vários de seus membros,

- Em muitos casos, um trabalho conjunto com um psicólogo pode ser necessário, para se evitar que a descontinuidade do hábito cause um problema psicológico.

### 7.3 A CRIANÇA DE 6 A 9 ANOS

- Essa faixa etária deve ser alvo das ações preventivas e educativas coletivas, por ser uma faixa cujas ações promovem um grande impacto sobre a prevalência de cárie e gengivite.

#### Higiene bucal

- Os dentes permanentes recém-erupcionados são susceptíveis à cárie por causa de um baixo grau de maturidade do esmalte e por estarem fora de oclusão. A importância da escovação deve ser reforçada aos pais, assim como feito o alerta sobre o início da dentição permanente.
- A partir dos 8 anos a criança já pode assumir a responsabilidade pela sua higiene bucal, inclusive pelo uso do fio dental, porém o envolvimento dos pais na supervisão dessa escovação ainda é indispensável.
- A quantidade de dentifrício utilizada na escovação deve ser equivalente a um grão de lentilha.
- Recomenda-se o uso de evidenciadores de placa bacteriana para a motivação, visto que essa fase é crítica para o desenvolvimento da cárie.
- Além de todas as medidas preventivas já citadas, podemos lançar mão da aplicação de selantes em dentes permanentes onde há indicação precisa.
- Deve sempre acontecer o monitoramento da erupção dentária.

#### Traumatismo dentário

- Deve ser sempre trabalhada nessa faixa etária a prevenção dos acidentes e a segurança nas escolas.

### 7.4 O ADOLESCENTE (10 A 19 ANOS)

- O manejo da boca pelo CD é considerado uma invasão por parte do adolescente e encarado com relutância.
- Por esses motivos, é importante estabelecer com o adolescente uma relação amistosa e pessoal, falando com ele de uma forma honesta e madura, não sendo paternalista ou autoritário, tratando-o com seriedade e respeito, e não como criança.
- Escutar o que o adolescente tem a dizer, valorizar suas qualidades e tentar desenvolver nele a responsabilidade pelo autocuidado em saúde são processos também significativos na condução da atenção.

- Deve-se usar sempre linguagem adequada e de fácil compreensão, conduzindo a conversa para temas de seu interesse.
- É importante que a equipe esteja ciente dos principais problemas que afetam os adolescentes, tais como violência, problemas familiares, depressão, bulimia, anorexia, uso de drogas, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, de forma a atuar de forma multiprofissional e identificar casos que necessitam de encaminhamento para a equipe de saúde para diagnóstico.
- Os adolescentes em geral não pensam muito no futuro, não fazendo, portanto, muita diferença falar com eles a respeito dos problemas dentais que poderão enfrentar na idade adulta.
- Os conceitos de si próprios, de estética e de aceitação pelo seu grupo são fortes motivadores para o adolescente, ou seja, como eles aparentam ser para os outros, o efeito do seu sorriso, o cheiro do seu hálito.
- Nesse sentido, são positivos o encorajamento com comentários de estímulo sobre a aparência, e sobre como o cuidado com a saúde bucal torna o sorriso mais bonito, o hálito mais agradável, etc.
- Por estarem muito ligados à aceitação do grupo e por terem condutas e sentimentos bem próprios da idade, trabalhos em grupos ou espaços onde já aconteçam atividades para adolescentes podem ser importantes formas de se promover avanços no autocuidado dentro da realidade dessa faixa etária.
- O adolescente também observa o exemplo dos pais, o que funciona muito mais do que conselhos e avisos. Um trabalho com a família, valorizando a participação dos pais, é muito importante.

## Pontos específicos importantes de serem trabalhados

### Higiene bucal

- Justamente quando os adolescentes se tornam mais conscientes de sua aparência, eles se tornam mais descuidados com a higiene bucal.
- Eles utilizam balas de hortelã, chicletes, enxaguatórios e outros produtos comercializados para melhorar seu hálito e negligenciam a limpeza cuidadosa com escova, dentifrício fluoretado e fio dental.
- O trabalho da equipe de saúde bucal em estimular a escovação é essencial, podendo ser um bom incentivo o uso do evidenciador de placa.
- A busca por dentes muito brancos pode levar também ao uso de dentifrício abrasivo ou que contenha branqueadores fortes, o que deve ser desencorajado.
- O fato de apresentarem gengiva sangrando faz com que eles não escovem a área

que apresenta problemas. Tem de ser trabalhado com o adolescente que, quanto mais ele escovar e passar fio dental na área afetada, de forma não traumática, mais cedo as condições da região melhorarão.

### Dieta

- A dieta do adolescente em geral é ruim, com o desenvolvimento de gostos e hábitos alimentares que a limitam.
- Uma grande quantidade de carboidrato é consumida num esforço de produzir energia para prática de esportes e enfrentar situações de *stress* emocional.
- Além disso, eles tendem a comer várias vezes ao dia (nove vezes em média), geralmente lanches.
- A dieta rica em carboidrato e a grande frequência de ingestão são fatores predisponentes à cárie dentária, principalmente quando aliados à escovação deficiente.

### Periodontite juvenil

- Estudos brasileiros que avaliaram a saúde bucal de crianças e adolescentes demonstraram que a prevalência de periodontite juvenil é baixa, mas o CD deve estar sempre atento a essa possibilidade.

### Uso de aparelhos ortodônticos

- Em caso de o adolescente estar utilizando aparelho ortodôntico deve ser feita uma orientação em relação à importância de uma higiene cuidadosa, e de uma dieta menos cariogênica.

### Mau hálito

- Enxaguatórios bucais, chicletes ou balas apenas escondem o mau-hálito por alguns momentos, não atacando a causa do problema.
- A escovação e o uso de fio dental é que podem ajudar na obtenção de um hálito saudável.

### Erupção do terceiro molar

- Aos 13 anos a maioria dos adolescentes já possui todos os dentes permanentes, com exceção dos terceiros molares, que erupcionam geralmente entre os 17 e os 21 anos, com possibilidade de sintomas como dor e pericoronarite.
- É necessário um cuidado especial na sua escovação, pois eles se localizam num local de difícil acesso. O CD deverá avaliar a necessidade de exodontia, sempre tentando manter uma postura mais conservadora, uma vez que nem todos os terceiros molares devem ser extraídos.

### Erosão dentária

- A maioria dos jovens apresenta erosão dentária, a qual se caracteriza por um desgaste dos dentes, provocado por substâncias ácidas.
- O consumo excessivo de refrigerantes é uma das maiores causas de erosão entre os adolescentes.
- A erosão pode ser causada também pela bulimia, um distúrbio de alimentação que não é incomum nas adolescentes e que envolve comer desenfreadamente e depois fazer indução do vômito num esforço para controlar o peso. A bulimia pode causar erosão e também cárie na face lingual dos dentes anteriores. Na maioria das vezes, o CD é a primeira pessoa a detectar essa condição, e deverá então fazer o encaminhamento ao médico para diagnóstico. A fim de minimizar as consequências da bulimia para os dentes, os usuários devem adicionar a solução para bochecho com flúor na sua rotina de higiene bucal.

### Traumatismo dentário

- Acontece também na adolescência e já foi discutido no item Educação em Saúde.
- Importante que seja feito um trabalho educativo com o adolescente sobre brincadeiras, violência, e sobre como agir em casos de acidentes.

### Fumo e álcool

- A adolescência é uma época de experimentação.
- Fumo e uso de bebidas alcoólicas podem causar mau hálito, câncer bucal, manchas nos dentes ou doença periodontal.
- É muito importante trabalharmos com o adolescente o risco desses hábitos para a saúde em geral e como eles afetam a vida social, profissional e amorosa.

### Piercing

- O uso de *piercing* – na bochecha, lábio, freio, úvula e língua – presente principalmente na adolescência, deve ser objeto de atenção para o CD.
- O uso de *piercing* pode causar complicações, tais como dor, infecção, hematoma, inchaço da língua, formação de nódulos ou cistos, sangramento incontrolável, respostas alérgicas e dificuldade em mastigar, falar ou engolir.
- Também existe o risco de engasgo ou aspiração de pinos e argolas, aumento do fluxo salivar, fratura ou abrasão dos dentes, feridas nas mucosas, trauma gengival, periodontite localizada e formação de cicatriz residual após a remoção.



- Um acidente na prática esportiva pode também ter conseqüências mais graves na presença dos piercings, tais como perdas dentárias e ferimentos severos – de pele e mucosa.
- O CD deve sempre estar aberto para orientar o usuário sobre os riscos existentes antes da colocação dos piercings, sabendo também lidar com a liberdade de pensamento e desejo daqueles que optam por essa prática.
- Deve estar também preparado para monitorar o uso do *piercing* e dar suporte ao usuário quando for notado algum efeito negativo resultante desse uso, no sentido de prevenir decorrências locais e sistêmicas.
- O CD pode encaminhar o usuário para discutir com o médico o respeito de outros locais onde o *piercing* possa ser colocado e que oferecem menos riscos à saúde do que a boca.

## 7.5 O ADULTO (20 A 59 ANOS)

- Por ser uma faixa etária que ficou durante muito tempo sem atenção em saúde bucal, e que, portanto, apresenta uma grande demanda acumulada, é muito importante que o serviço planeje o seu atendimento de acordo com a definição de prioridades.
- O horário de atendimento deve ser discutido de forma que a população trabalhadora da área de abrangência tenha o seu acesso facilitado.
- A equipe de saúde bucal deve estar sempre atenta aos riscos advindos das condições de trabalho, pois a boca é a principal porta de entrada para agentes ocupacionais nocivos. No estudo de doenças ocupacionais, um exame da boca oferece as vantagens: a boca está facilmente acessível, efeitos locais são prontamente reconhecidos em exposição do esmalte, dentina e dos tecidos moles e algumas alterações são freqüentemente permanentes, podendo revelar exposições ocupacionais passadas. Efeitos sistêmicos podem ser transmitidos para a boca através da corrente sanguínea e da saliva, manifestando-se por sinais e sintomas característicos.
- Casos individuais representados por agravos ocupacionais deverão ser investigados, de modo que se avalie se outras pessoas não estão expostas às mesmas condições de trabalho e, conseqüentemente, aos mesmos riscos.
- Novas manifestações bucais podem surgir a cada mudança na indústria, sendo importante, portanto, a equipe de saúde bucal estar sempre atenta a uma possível ligação entre trabalho e manifestações bucais.
- As tabelas a seguir apresentam as principais manifestações bucais de doenças e riscos ocupacionais.

**Tabela 1: Manifestações bucais das doenças ocupacionais de acordo com o processo patológico.**

PROCESSO PATOLÓGICO	ESTRUTURA AFETADA	AGENTE ETIOLÓGICO	DIAGNÓSTICO
Uso excessivo	Esmalte e Dentina	Apreensão de instrumentos: prego, linhas, apito.	Abrasão Localizada
		Cimento, areia.	Abrasão generalizada
Reação química	Esmalte e Dentina	Ácidos	Descalcificação
Ação bacteriana, fermentação.	Esmalte e Dentina	Açúcar	Cárie
Pigmentação por contato direto (físico)	Esmalte ou Mucosa bucal	Metais e metais com carbono	Pigmentação do esmalte e da mucosa bucal
Pigmentação via corrente sanguínea (químico)	Gengiva	Chumbo, mercúrio e bismuto.	Linha da gengiva do sulfito de metais pesados
	Lábios e Mucosa bucal	Monóxido de carbono	Lábios vermelhos de cereja (monóxido de carbono e hemoglobina)
Inflamação	Lábios	Baixa umidade, calor, frio, trauma, ácido, metais.	Queilite
	Mucosa bucal, Gengiva	Calor, frio, trauma, mercúrio, alcalemia, ácido.	Estomatite, gengivite.
	Ligamento periodontal	Mercúrio e flúor	Periodontite
	Osso alveolar, maxila e mandíbula.	Arsênio, mercúrio, fósforo, rádio.	Osteomielite
Circulação	Gengiva e Mucosa bucal	Benzeno, variação na pressão atmosférica.	Hemorragia
	Mucosa bucal, labios	Mercúrio, ácido.	Ulceração
Degeneração Neoplasias	Osso alveolar, maxila, mandíbula.	Rádio e raios-X	Osteonecrose
	Glândulas salivares	Rádio e raios-X	Necrose (xerostomia)
	Mucosa bucal	Café quente, chá, irritação.	Leucoplasia
	Lábios	Eletricidade, exposição ao sol e alcatrão.	Leucoplasia e carcinoma de lábio

FONTE: SCHOUR, I., SARNAT, B., 1942.

**Tabela 2: Manifestações bucais das doenças ocupacionais de acordo com o agente etiológico**

Agente Etiológico			Ocupação	Possível Manifestação Bucal
Estado físico	Ação principal	Fator específico		
Sólido	Físico	Instrumentos para apreensão	Sapateiros, carpinteiros, sopradores de vidros, músicos (instrumentos de sopro), costureiras.	Abrasão localizada
	Químico	Alcatrão	Pescador, asfalto, trabalhadores com hulha de alcatrão, paralelepípedo, trabalho com piche, preservador de madeira.	Estomatites e carcinoma de lábio e mucosa
Poeira	Físico	Inorgânico: cobre, ferro níquel, cromo, carvão.	Bronzista, trabalhadores com cimento, galvanoplastia, amolador (metal), mineiro, cortadores de pedra.	Pigmentação dos dentes, pigmentação da gengiva, abrasão generalizada, cálculo, gengivostomatite, hemorragia.
		Orgânico: osso, celulósido, serragem, flúor, tabaco.	Trabalhadores com osso, celulósido, flúor, serragem, tecido e tabaco.	Pigmentação dos dentes, pigmentação da gengiva, abrasão generalizada, cálculo, gengivostomatite, hemorragia.
	Químico	Arsênio inorgânico	Trabalhadores químicos, galvanização, refinador de metal, misturadores de borracha, fundidor de chumbo, detetizadores.	Necrose óssea
		Bismuto inorgânico	Manipuladores de bismuto, trabalhadores com pólvora.	Pigmentação azul da gengiva e mucosa bucal, gengivostomatite.
		Cromo inorgânico	Composto de anilina, cromo, trabalhadores com fotografia e aço, trabalhadores com cópias heliográficas, misturadores de borracha.	Necrose óssea, ulceração dos tecidos bucais.
		Flúor inorgânico	Trabalhadores com criolita.	Osteoesclerose.
		Chumbo inorgânico	Galvanoplastia, inseticida e trabalhadores com carga de baterias, refinadores de chumbo, impressor, componentes de borracha.	Pigmentação azul-preta da gengiva, gengivostomatite.
		Mercúrio inorgânico	Bronzista, trabalhadores com bateria, pintores, dentista, detonadores, explosivos, trabalhadores com sal de mercúrio.	Gengivostomatite, osteomielite, ptialismo.
		Fósforo inorgânico	Fundidor de metal, trabalhadores com bronze, fósforo, fertilizantes, trabalhadores com fogos de artifício.	Gengivostomatite, ulcerações dos tecidos bucais, osteomielite.
		Açúcar orgânico	Refinadores, padeiros, confeitores.	Cárie

<b>Líquido</b>	Físico	Comidas quentes (café, chá, sopa).	Provadores	Estomatite e leucoplasia
	Químico	Anilina	Anilina, hulha de alcatrão, trabalhadores com explosivos, pintores, trabalhadores em curtume, vulcanizadores.	Coloração azul dos lábios e da gengiva
		Benzeno	Forno de coque, laqueadores, lavanderia a seco, vulcanizadores, trabalhadores com fumo em pó.	Hemorragia da gengiva, estomatites, coloração azul dos lábios.
		Cresol	Hulha de alcatrão, borracha, marujo, destiladores, trabalhadores com curativos cirúrgicos, trabalhadores com desinfetantes.	Estomatites
		Vinhos e licores	Provadores	Anestesia e parestesia da língua
<b>Gás</b>	Físico Atmosfera	Aumento da pressão	Mergulhadores e “caisson workers”	Sangramento gengival
		Diminuição da pressão	Aviadores	Sangramento gengival
	Químico	Ácidos: H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> , HNO <sub>3</sub> , HCL, HF.	Rolo de filme, ácido, refinaria de petróleo, explosivo, trabalhadores com pólvora para armas	Sangramento, estomatites, descalcificação do esmalte e da dentina.
		Amiloacetato	Álcool, destiladores, explosivos, gomalaca, pó de fumo e trabalhadores em fábrica de sapato.	Estomatites
		“Acrolein”	Trituradores de osso, banha de porco, sabão, trabalhadores com linóleo, caldeira para esmalte.	Estomatites
		SO <sub>2</sub> , NH <sub>3</sub> , BR, Cl <sub>2</sub>	Acetileno, tinta, filme fotográfico, trabalhadores com foscênio, refinaria de açúcar, fábrica de refrigerantes, trabalhadores em lavanderias.	Estomatites
		CO, CO <sub>2</sub>	Mineiros, fundidor, trabalhadores com motores a gasolina.	Coloração dos lábios (vermelho cereja, azul).
<b>Raio</b>	Físico-químico	Rádio, raios-X.	Técnicos, pintores de relógio de sol, pesquisadores	Gengivite, periodontite, osteomielite e necrose, xerostomia, esclerose.
		Solar	Marinheiros, pescadores e trabalhadores rurais	Carcinoma de lábio

FONTE: SCHOUR, I., SARNAT, B. Oral manifestations of occupational origin, 1942.

- A equipe de saúde bucal deve participar juntamente com a equipe de saúde das atividades educativas voltadas para os grupos operativos da unidade de saúde e para as ações voltadas para o combate ao fumo e ao uso de álcool.
- Agravos que ocorrem principalmente nessa faixa etária: lesões de tecidos moles, câncer bucal, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, edentulismo e necessidade de tratamento restaurador/reabilitador.
- Devem ser incentivados os exames periódicos e as ações educativas em usuários pertencentes aos grupos de risco para câncer bucal.

## 7.6 O IDOSO (A PARTIR DE 60 ANOS)

- O aumento da expectativa de vida coloca a discussão da saúde bucal do idoso e o aumento da atenção a essa faixa etária como necessidades reais do SUS.
- A grande maioria dos idosos apresenta quadro de edentulismo, mutilação e necessidade de prótese, e só tem acesso aos serviços de assistência odontológica em caso de urgência/emergência, quando são submetidos a procedimentos mutiladores.
- Com o avanço da idade, a perda de dente não deve ser encarada de forma fatalista ou natural.
- No idoso, a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são um reflexo, principalmente, da sua condição de vida e do acesso à atenção em saúde bucal, com um forte componente social.
- É muito importante garantir aos idosos o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima. A promoção da saúde bucal influencia em todos esses aspectos, à medida que melhora a mastigação, a digestão, a estética e a possibilidade de comunicação.
- Vários fatores podem afetar o acesso do idoso à atenção em saúde bucal: a dependência de familiares, as barreiras físicas, a dificuldade de locomoção por problemas de saúde, a falta de priorização dessa faixa etária pelos serviços odontológicos, os fatores socioeconômicos e culturais, o medo ou tabus, o descrédito na resolubilidade do serviço de saúde, a crença de que usuários portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento pela equipe de saúde bucal, e a percepção de saúde bucal (que pode estar ligada de forma fatalista às extrações e à mutilação).
- Os idosos podem ser dependentes de outras pessoas, os cuidadores, para suas atividades diárias, e essas pessoas têm de ser também orientadas para saber como lidar com a saúde bucal deste usuário.
- A senilidade pode provocar falta de consciência por parte do idoso para diagnosticar sinais de risco e de alerta em saúde bucal, o que faz com que os familiares, os cuidadores e a equipe de saúde envolvida na sua atenção sejam esclarecidos sobre esses sinais de forma a providenciarem o seu encaminhamento para avaliação do CD, em caso de necessidade.
- O enfoque familiar é sempre essencial, a partir do entendimento de como o idoso se situa nessa relação e de como se dá sua inserção social. O envolvimento da família ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal ao idoso.

- É importante no atendimento aos idosos que o CD tenha conhecimento sobre o processo de envelhecimento, sobre doenças crônicas mais comuns nessa idade, e sobre os medicamentos utilizados nos tratamentos sistêmicos e seus efeitos colaterais.

### O processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento do corpo se reflete na cavidade bucal, trazendo como principais modificações:

- o epitélio se torna mais delgado, friável, e mais sensível aos estímulos externos (como os induzidos pelas próteses inadequadas);
- o processo de cicatrização se torna mais demorado, por diminuição do fluxo sanguíneo;
- observa-se um quadro de atrição, com perda de estrutura dentária oclusal provocada, principalmente, pela mastigação ou pela perda de estimulação nervosa, a qual provoca diminuição da capacidade de coordenação dos movimentos mandibulares;
- a erosão também pode estar presente, devido a processos mecânicos anormais, tais como escovação traumática, uso de dentifrícios abrasivos, uso indevido de palito dental, hábito de morder ponta de cachimbo, pregos ou alfinetes, entre outros;
- migração da inserção epitelial da gengiva, aumento da incidência de doença periodontal, atrofia das papilas, mobilidade dentária e migração mesial;
- mineralização dos canalículos dentinários e redução da câmara pulpar, com aumento do limiar da dor;
- atrofia das papilas filiformes, conferindo um aspecto liso e acetinado à superfície da língua, levando a uma diminuição do paladar;
- diminuição da secreção das glândulas salivares;
- perda de capacidade motora, trazendo dificuldade de controle de placa dentária;
- formação de dentina secundária;
- aumento da deposição de cemento e reabsorção das raízes dentárias;
- osteoporose mandibular ou maxilar, que pode levar à reabsorção dos processos alveolares ou do próprio corpo da mandíbula, podendo, nesse último caso, deixar desprotegidos os nervos mandibulares e mentoniano, com conseqüente quadro de dor intensa;
- a ATM pode apresentar subluxação, com conseqüente perda de movimento.

## A primeira consulta odontológica

- Deve ser feita como preconizado anteriormente, com atenção para algumas características próprias dessa faixa etária.
- O CD deve avaliar as condições bucais, da face e do pescoço e também estar atento para os aspectos gerais do usuário (condições de vida; postura; facilidade de locomoção; dependência; condição sistêmica; dieta; estado nutricional; estado psicológico; coloração e tonicidade da face). Deve indagar se o idoso frágil, dependente, está sendo acompanhado pela equipe de saúde e encaminhá-lo, em caso negativo.
- A abordagem deve ser feita sempre centrada no idoso, dirigindo-se a ele, e em caso de necessidade, informações complementares podem ser obtidas junto à família ou ao médico que faz o seu acompanhamento.
- A avaliação da dieta e do estado nutricional é importante, pois edentulismo e perdas dentárias podem contribuir para uma dieta inadequada.
- Em caso de usuários com doenças sistêmicas, deve ser solicitado ao médico parecer sobre as suas condições para realizar o tratamento indicado.
- A interação usuário/profissional é muito importante no cuidado com o idoso, e a equipe deve ser sensível em relação às limitações que o usuário possa apresentar, ouvindo e respeitando suas colocações e necessidades.

## Condições bucais relevantes mais comuns no idoso

- Cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, câncer bucal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal-adaptada.
- O exame para detecção dessas condições deve ser feito criteriosamente no usuário idoso, assim como a investigação dos possíveis fatores determinantes.
- A xerostomia causa diminuição da capacidade protetora da saliva e maior risco à cárie dentária, incômodo no uso de prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldade na mastigação, deglutição e fala. Além de ser parte do processo de envelhecimento, pode ser causada por medicamentos com ação anticolinérgica, falta de ingestão de líquidos, estresse, ou tratamento com radiação para câncer na região da cabeça e pescoço. A falta de saliva é uma queixa comum entre os idosos.
- A perda de elementos dentais causa redução do tônus muscular e da dimensão vertical, trazendo conseqüências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima. Pode significar também o uso de dieta pastosa e cariogênica.



- A disfunção da percepção gustativa no idoso pode afetar o apetite e deve ser investigada. Além de ser consequência do processo de envelhecimento, pode também ser causada por má higiene bucal ou uso de medicamentos. O sentido do paladar está ligado à qualidade de vida, ao prazer de saborear os alimentos, e não deve ser negligenciado, principalmente nos idosos que já apresentam normalmente uma série de restrições alimentares.
- A halitose geralmente tem vários fatores relacionados, e seu tratamento requer uma abordagem multidisciplinar. As causas mais frequentes são hábitos alimentares (grande ingestão de alimentos em estado líquido ou pastoso), xerostomia e má higiene bucal. A saburra lingual é causa da grande maioria dos casos de halitose. A língua deve ser sempre limpa durante a escovação.

### A presença de doenças crônicas

- São muito comuns as doenças crônicas entre os idosos, e a maioria dos medicamentos utilizados têm efeitos colaterais na cavidade bucal. É importante o CD se inteirar sobre os medicamentos utilizados e seus possíveis efeitos colaterais.
- Após avaliar como os medicamentos estão interferindo na saúde bucal dos usuários, pode ser necessária uma interação do CD com o médico assistente para discutirem a possibilidade de revisão das prescrições.
- As principais alterações causadas são gosto metálico, falta de paladar, xerostomia e dificuldade de cicatrização. Mesmo com a substituição dos medicamentos, a total recuperação pode demorar meses.

### Ações educativas e preventivas

- As ações educativas e de prevenção devem ser estimuladas, principalmente por ser esta uma faixa etária que se encontrou durante muito tempo sem acesso à atenção em saúde bucal.
- As instituições e as campanhas de vacinação para idosos são exemplos de espaços que podem ser utilizados para ações coletivas.
- Em usuários com xerostomia, as aplicações tópicas de flúor podem ser indicadas de acordo com o risco e/ou adotadas práticas para estímulo do fluxo salivar, como discutido na abordagem individual da cárie dentária.
- Escovação com dentífrico fluoretado: O CD deve avaliar a capacidade de coordenação motora para a realização de controle de placa e desenvolver junto com o usuário uma técnica adequada e até mesmo individualizada ou solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no processo de higienização.

- Caso o usuário esteja sem condições de se sentar, sua cabeça deve ser suspensa com almofadas e inclinada para um lado e depois para o outro, para que a escovação seja feita e ele não engasgue. Uma toalha colocada por baixo do queixo será necessária para recolher a saliva.
- Devido às alterações bucais fisiológicas presentes no idoso e modificações na dieta, a escovação com dentífrico fluoretado é essencial.

### Plano de tratamento

- Deve ser individualizado e definido tendo como base as condições sistêmicas do usuário (gravidade do caso, uso de medicação, grau de tolerância para tratamentos mais longos, entre outros), uso de medicação, grau de cooperação e suas expectativas e tolerância em relação ao tratamento.
- Sempre que possível, a mutilação deve ser evitada.
- Deve ser estabelecido também um plano de acompanhamento baseado nas necessidades percebidas pelo profissional.
- Devem ser constantemente avaliados durante as consultas o conforto do usuário e a necessidade de interrupção. Consultas mais curtas podem ser mais adequadas.
- Devem ser evitadas alterações funcionais drásticas feitas em um curto período de tempo na cavidade bucal dos idosos. As alterações necessárias devem ser feitas gradativamente em cada sessão, possibilitando a adaptação do sistema nervoso às mudanças funcionais.
- O acompanhamento periódico de usuários que fazem uso de prótese móvel ou apresentam fatores de risco para o câncer bucal deve ser feito, assim como a orientação sobre a importância do auto-exame periódico. Em caso de dependência do usuário, a família/cuidador devem ser orientados.
- A atenção em saúde para essa faixa etária deverá incluir o atendimento extraclínica, a partir do acesso ao usuário nos domicílios, em instituições ou hospitais localizados na área de abrangência da equipe de saúde (Capítulo A Saúde Bucal na Atenção Básica).



## VIII. A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO POR CONDIÇÃO SISTÊMICA





Ainda dentro do princípio da Longitudinalidade, torna-se importante que os profissionais da equipe de saúde bucal sejam capazes de prestar uma atenção adequada aos usuários que possuem alguma condição fisiológica ou patológica que os faça necessitar de cuidados diferenciados.

Na impossibilidade de citarmos todos os casos, estaremos trabalhando com os usuários que são foco de atenção prioritária nas unidades de saúde, de forma a podermos contribuir no oferecimento de uma atenção multiprofissional, e com os pacientes com necessidades especiais por serem considerados de risco em saúde bucal. Como a odontologia pode ser a porta de entrada do usuário na atenção à saúde, torna-se importante que o CD esteja atento aos sinais e sintomas que demandam encaminhamento para o médico de forma a contribuir para o diagnóstico precoce de condições sistêmicas e para a atuação conjunta da equipe de saúde.

Estaremos a seguir destacando os pontos mais significativos para o trabalho da equipe de saúde bucal, mas maiores informações poderão ser obtidas nas Linhas-Guias específicas de cada condição apresentada.

## 8.1 A GESTANTE

- A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais esperadas e evolução, na maioria dos casos, sem intercorrências, mas que impõe ao CD a necessidade de conhecimentos sobre essas alterações sistêmicas para uma abordagem diferenciada.

### **Características que podem ser observadas na fase de gestação**

- A maior parte das doenças gengivais pode ser evitada durante a gravidez apenas pelo estabelecimento de boa higiene bucal desde o seu início.
- A gravidez por si só não determina quadros de gengivite ou doença periodontal. Ela acentua a resposta gengival para os irritantes locais, modificando o quadro clínico resultante em usuárias que já apresentam falta de controle de placa.
- Alterações na composição da placa subgengival, na resposta imune da gestante e na concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam na resposta do periodonto, tornando a gengivite da gravidez muito freqüente. A região anterior da boca é mais comumente afetada e as áreas interproximais tendem a ser mais envolvidas.
- Em alguns casos, a gengiva forma massas discretas – “massas em forma de tumor” – mais freqüentemente nas papilas interdentais dos dentes superiores, com rápido crescimento e facilidade para sangramento. Essa lesão tende a regredir após a

gravidez. A remoção é indicada quando existe interferência na mastigação, dor ou problema estético (a gestante deseja remover), e deve ser seguida de raspagem e alisamento da superfície do dente.

- Pesquisas recentes sugerem uma relação entre a doença periodontal e a ocorrência de parto prematuro e de bebês com baixo peso ao nascer, o que reforça a importância da educação em saúde bucal para a realização de controle de placa pela gestante, assim como a sua priorização para avaliação de risco pelo CD. Essa priorização para diagnóstico de presença de doença periodontal ativa e encaminhamento para tratamento têm como finalidade, evitar complicações na gestação em função de condições bucais.
- Uma diminuição na capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir menos quantidade de alimento, mas com maior frequência, o que pode aumentar o risco à cárie.
- Os hábitos da gestante e o cuidado com a sua saúde bucal são importantes também para a educação dos filhos, que se espelham na mãe para a construção dos seus próprios hábitos.
- Um reforço educacional contínuo deve ser feito, pois, durante a gravidez, a gestante tende a descuidar de sua saúde em função de ter sua atenção voltada para o bebê.

## A atenção à gestante

### Grupo operativo

- Normalmente todas as Unidades Básicas de Saúde possuem um grupo operativo de gestantes, do qual toda gestante que acessa o serviço é convidada a participar.
- Esse é um grupo importante para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde por parte da equipe de saúde bucal.

### Objetivos do grupo

- Mostrar às gestantes que o trabalho será feito de forma multiprofissional, a partir do planejamento conjunto das ações por toda a equipe de saúde dentro do próprio grupo operativo.
- Mostrar as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez e a importância do cuidado nessa fase.
- Mostrar a relação entre doença periodontal e problemas durante a gravidez, o que torna importante o autocuidado.
- Discutir os anseios e as preocupações em relação ao tratamento odontológico, ouvindo as gestantes.



- A equipe de saúde bucal deve levar em consideração as crenças, tabus e costumes que permeiam a gravidez e dão suporte a variados comportamentos e explicações nesse período da vida, trabalhando junto com a gestante a construção de conhecimentos que venham a fortalecer as relações positivas entre gravidez e atenção em saúde bucal.
- Explicar como o tratamento é feito, os riscos, as medidas de segurança, os cuidados para o atendimento, de modo a diminuir os anseios normais dessa fase de vida.
- Trabalhar todo o conteúdo educativo dentro do que já foi apresentado no capítulo de Educação em Saúde Bucal.
- Discutir os cuidados com a saúde bucal do bebê (vide “Saúde Bucal do Bebê”). Este pode ser um momento muito fértil, pois geralmente a gestante está muito aberta a tudo que diz respeito à saúde do bebê. No entanto, a equipe deve estar preparada para lidar com outros diferentes contextos que podem estar relacionados à gravidez (gravidez não desejada, gravidez na adolescência, entre outros) quando a gestante pode não estar receptiva às ações educativas.

### O atendimento individual

Orientações gerais e cuidados a serem tomados em relação ao atendimento clínico odontológico à gestante:

- Todo tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, desde que realizado com precaução, dentro de uma avaliação risco/benefício e de forma multiprofissional.
- A assistência odontológica com segurança para gestante, feto e CD inclui a troca de informações com o médico assistente com vistas ao melhor planejamento para execução dos procedimentos odontológicos cabíveis.
- O tratamento clínico odontológico, a exemplo de qualquer terapêutica, tem seu início na interação profissional/usuário. A qualidade dessa relação influencia a conduta do usuário frente ao tratamento, particularmente no controle da ansiedade.
- O CD deve sempre acompanhar qualquer intercorrência clínica (hipertensão, anemia, diabete, cardiopatias, etc) ou obstétrica (hemorragias, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, etc) que ocorra durante a gravidez de modo a orientar-se em relação ao planejamento do atendimento, e para o controle ou prevenção de possíveis episódios de emergências médicas no consultório odontológico.
- O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada.

- Evitar sessões de tratamento prolongadas.
- Observar a posição da gestante na cadeira odontológica, permitindo que ela mude de posição sempre que precisar. A posição totalmente reclinada deve ser evitada.
- A partir do 2º trimestre o feto pode promover compressão da veia cava inferior e da aorta quando a gestante permanecer em posição deitada por tempo prolongado, levando a uma diminuição do retorno venoso e possibilidade de tonteira, hipotensão e síncope. Consultas mais breves ou calço debaixo da nádega direita e quadril em aproximadamente 15° podem ajudar a evitar esse problema.
- As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista. O tratamento necessário deve ser realizado observando as condições gerais da gestante.
- Radiografia: deverá ser evitada durante a gravidez, especialmente no 1º trimestre. Quando for imprescindível, fazer uso de avental de chumbo, filmes ultra-rápidos e evitar erros técnicos na tomada da radiografia e processamento do filme.
- Anestesia local: todos os anestésicos locais são lipossolúveis, portanto atravessam a placenta. A solução anestésica local mais apropriada é a Lidocaína a 2% com adrenalina 1:100000 ou noradrenalina 1:50000, em dose de, no máximo, 2 tubetes (3,6 ml), com aspiração prévia e injeção lenta. É prudente evitar o uso de Prilocaína e Felipressina.
- Medicamentos: os medicamentos devem ser evitados e quando necessários, devem ser selecionados, conforme medicação preconizada e após contato com o médico assistente. A grande maioria atravessa a placenta por difusão passiva (tranqüilizantes, analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos). Não usar Tetraciclina pelo seu efeito colateral de causar pigmentação nos dentes do bebê. A escolha de medicação também deverá ser cuidadosa durante o período de lactação.
- Exodontias ou cirurgias não são contra-indicadas, devendo ser realizadas com precaução e apenas quando não for possível adiá-las para após a gravidez. Nesses casos, o planejamento em conjunto com o médico é essencial.
- O atendimento individual das gestantes deverá ser feito de forma a considerar o melhor período para as intervenções específicas. Dessa forma, temos:

Período gestacional	CUIDADOS
1º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar a avaliação de risco pelo CD em qualquer época em que a gestante acessar o serviço. Em caso de priorização encaminhar para tratamento planejado com realização de Primeira Consulta Odontológica Programática</li> <li>▪ Primeira consulta odontológica programática: preenchimento do prontuário (avaliação geral da gestante, exame clínico, levantamento das necessidades de tratamento odontológico e planejamento do tratamento). Além da avaliação geral da gestante, é importante verificar o período de gestação e as intercorrências obstétricas e clínicas. O planejamento do tratamento e a necessidade de uso de medicamentos ou anestésico local devem ser discutidos com o médico sempre que necessário. Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos.</li> <li>▪ Durante o 1º trimestre ocorrem as principais transformações embriológicas, não sendo, portanto esse período adequado ao tratamento odontológico, pois o feto é mais susceptível a influências teratogênicas e ao aborto espontâneo, e a gestante poderá apresentar maior indisposição (náuseas, vômitos).</li> <li>▪ Deve-se evitar tomadas radiográficas.</li> <li>▪ Deve-se fazer uso de medicamentos e anestésico local somente em casos imprescindíveis e conforme medicação preconizada e interação com o médico sempre que necessário.</li> <li>▪ As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista.</li> <li>▪ Referenciar a gestante para a equipe de saúde caso a porta de entrada tenha sido a saúde bucal, referenciando-a também para o grupo operativo de gestantes.</li> </ul>
2º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No segundo trimestre poderão ser feitas as intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais dentro das indicações propostas. O controle da atividade de doença quando necessário e o controle de placa são boas condutas a serem consideradas nessa fase para continuidade do tratamento depois da gravidez.</li> <li>▪ Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos.</li> <li>▪ Em caso de não ser possível evitar ou adiar um procedimento cirúrgico, este é o melhor período para realizá-lo.</li> <li>▪ Radiografias, quando imprescindíveis, devem ser sempre feitas com os cuidados necessários.</li> </ul>
3º TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal, já discutido nos grupos operativos.</li> <li>▪ Durante o 3º trimestre a gestante apresenta maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É freqüente o desconforto na cadeira odontológica e hipotensão postural (a pressão exercida pelo feto sobre as veias abdominais implica a diminuição do retorno venoso dos membros inferiores, predispondo a gestante à hipotensão). É prudente evitar o tratamento odontológico nesse período.</li> <li>▪ As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista.</li> <li>▪ Radiografias, quando imprescindíveis, devem ser sempre feitas com os cuidados necessários.</li> </ul>

## 8.2 O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS (PNE)

- Para fins de assistência odontológica, é considerado paciente com necessidades especiais (PNE) todo aquele que apresente um limite tão acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou que demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica convencional.

### Condições geralmente relacionadas a esta população

#### Paralisia cerebral

- A paralisia cerebral é uma disfunção neuromuscular decorrente de uma lesão no cérebro ocorrida no período pré, peri ou pós-natal, antes da maturação do sistema nervoso central.
- A função motora está comprometida e problemas como convulsão, deficiência mental, alteração da fala e distúrbios sensoriais podem estar associados.
- Geralmente ocorrem contraturas, deformidades e limitação de movimentos, sendo comum o desenvolvimento de posições viciosas.
- Os usuários podem apresentar espasmos musculares involuntários, dificuldade de deglutição, tendência a engasgar, salivação excessiva e sensibilidade a toques, jatos de ar e água.
- Alguns problemas bucais podem ser encontrados com maior frequência ou apresentar-se com maior gravidade: má higiene bucal; doença periodontal; cárie; lesões traumáticas nos dentes; má oclusão; alterações da articulação temporomandibular e bruxismo.

#### Deficiência mental

- O retardo mental, compreendido como síndrome comportamental, tem como características o prejuízo da função intelectual e das habilidades adaptativas.
- A maioria consegue ser independente em atividades diárias, necessitando, porém, de supervisão durante toda a vida.
- Os retardos mais severos são geralmente acompanhados de desenvolvimento motor deficiente, comprometimento da visão e audição, crise convulsiva, deficiências sensoriais e cardiopatias.

#### Síndrome de Down

- A grande maioria dos portadores de Síndrome de Down é educável, colaboradora e carinhosa.

- Os portadores de Síndrome de Down apresentam alta frequência de cardiopatias congênitas e maior suscetibilidade a doenças infecciosas.
- Os aspectos bucais mais freqüentes são a micrognatia, língua fissurada, anodontias, hipotonia com tendência a permanecer com a boca aberta e protruir a língua, maior suscetibilidade a doença periodontal, atraso na erupção dentária em ambas as dentições, sialorréia, respiração bucal.
- O atendimento odontológico varia em função dos níveis de retardo mental.
- No retardo mental leve e moderado, o usuário é geralmente dócil, não agressivo, receptivo e carinhoso, mas às vezes teimoso. É um usuário que apresenta bom grau de colaboração ao tratamento.
- No usuário com retardo mental severo ou profundo, mais raro, o tratamento odontológico geralmente é realizado sob anestesia geral.
- Os usuários com problemas cardíacos necessitam de um plano de tratamento elaborado em parceria com o médico assistente e consideração sobre o uso de antibiótico profilático.

## A atenção ao PNE

- Os espaços físicos das US devem seguir as normalizações que garantem acesso aos PNE.
- A assistência odontológica deve iniciar-se com a entrevista com os pais ou responsável, quando o profissional obtém informações que revelam o estado de saúde geral do usuário e seu grau de cooperação.
- Essa entrevista esclarece quanto ao manejo e adequação do usuário, a conduta dos profissionais da equipe, o tratamento odontológico e a expectativa dos pais ou responsável em relação ao tratamento. É possível ainda orientar os pais sobre o comportamento dos mesmos frente ao tratamento, incluindo a questão da presença durante a consulta odontológica. O conteúdo educativo pode também ser trabalhado nesse momento. A anamnese irá guiar a terapêutica e os cuidados a serem adotados durante a intervenção clínica odontológica.
- A assistência odontológica deve considerar o diagnóstico médico, as condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais, e a interação com a equipe de saúde que acompanha o usuário.
- Verificar uso de pré-medicação, quando necessário.
- A anamnese deverá ser feita como descrito na Primeira Consulta Odontológica Programática. Em relação ao PNE, é importante também que sejam feitas perguntas específicas a respeito de locomoção, tipo de comunicação (verbal, gestos, ausente, etc), nível de compreensão, comportamento (tranquilo, medroso, agressivo,

participativo, etc.), temores, acompanhamento com outros profissionais da saúde, a história odontológica, informações sobre o último tratamento odontológico, uso de anestesia geral ou sedação, anestesia local, contenção física, reação ao tratamento odontológico, higienização bucal (dependência, frequência).

- Usuários com necessidades especiais têm uma necessidade aumentada para o cuidado preventivo odontológico.
- Podem apresentar dificuldade na higienização, ter dieta pastosa e/ou rica em carboidrato, ou fazer uso freqüente de medicamentos adocicados ou que promovem a diminuição do fluxo salivar.
- A abordagem para a saúde bucal desses usuários deve ser considerada antes da erupção do primeiro dente, para que sejam incorporados aos cuidados diários procedimentos que priorizem a prevenção, minimizando ou eliminando a necessidade de tratamentos odontológicos ao longo da vida.
- Deve sempre ser considerada a aplicação tópica de flúor gel e o ART nesses usuários.
- Usuários capazes de aprender a fazer a escovação dentária podem ter nas adaptações feitas nos cabos das escovas, no uso de escovas elétricas e nos adaptadores de fio dental elementos facilitadores desse processo.
- Pessoas que se encontram total ou parcialmente impedidas de exercerem suas atividades diárias e os cuidados básicos de saúde (pessoas dependentes para as atividades diárias) necessitam do apoio da família e/ou da instituição que freqüentam para terem garantidos os cuidados com a higiene bucal. O trabalho com os cuidadores dos usuários é extremamente importante.
- A higiene bucal, muitas vezes, pode ser um desafio para os responsáveis, devido aos movimentos involuntários, cerramento da boca e aumento do reflexo de engasgar. O local da escovação e o posicionamento do usuário devem adequar-se a cada caso, e abridores de boca podem ser utilizados quando necessário.
- É necessário também orientar os cuidadores sobre os sinais de risco e de alerta em saúde bucal, de forma que eles possam encaminhar o PNE à equipe de Saúde Bucal sempre que julgarem necessário.
- O enfoque familiar torna-se muito importante na atenção desses usuários, a partir do entendimento de como a família lida com a situação, e da participação da equipe de saúde bucal no sentido de colaborar para minimizar ao máximo as barreiras à atenção.

### Alguns cuidados adotados para o bom andamento da assistência

- A presença dos pais ou responsável no consultório odontológico durante o atendimento depende da avaliação do benefício que isso possa representar para o usuário.
- A necessidade de envolver mais de uma auxiliar para o melhor desenvolvimento do trabalho deve ser sempre considerada.
- Buscar a melhor maneira de se estabelecer a comunicação.
- Observar melhor horário para consulta.
- Verificar posicionamento do usuário na cadeira odontológica (se sentado ou em posição horizontal), estando sempre atento aos sinais de cansaço ou desconforto.
- Evitar sessões clínicas prolongadas.
- Avaliar o grau de *stress* e ansiedade. Lembrar que agressividade e oposição, muitas vezes são reações de defesa.
- Evitar anestesia e procedimento invasivo na primeira consulta.
- Não exibir instrumental odontológico desnecessariamente.
- Não direcionar os focos do refletor e do fotopolimerizador aos olhos do usuário, pois podem desencadear crises convulsivas.
- Redigir receitas e/ou atestados com cópia.
- Garantir aspiração cuidadosa de líquidos e materiais remanescentes de restaurações durante todo o tempo da intervenção clínica.
- Ter conhecimentos básicos dos aspectos médicos que envolvem as diversas patologias e síndromes.
- Lembrar que cada consulta é uma nova situação.
- O nível da capacidade para a compreensão, comunicação, cooperação, controle dos movimentos involuntários e de abertura da boca podem, muitas vezes, demandar o uso de técnicas de controle de comportamento no consultório e de abridores de boca. As técnicas de controle do comportamento compreendem, principalmente:
  - ♦ Adaptação do usuário: fazer com que o usuário tome contato com o ambiente do consultório e com os equipamentos. Tudo deve ser mostrado a ele, para que possa ver, tocar e ouvir os sons. Nenhum procedimento deve ser feito no início.
  - ♦ Comunicação verbal: diálogo, explicação verbal dos procedimentos.
  - ♦ Controle da voz: tom e intensidade da voz do profissional associado à expressão facial para que o usuário compreenda sua aprovação ou desaprovação.
  - ♦ Distração: desvio da atenção do procedimento desagradável.



- ♦ Contato físico: tocar o rosto, as mãos.
- ♦ Dizer-mostrar-fazer: descrição verbal do que vai ser realizado, seguido da demonstração e execução do procedimento.
- ♦ Promover a dessensibilização sistemática e preventiva, que é a exposição a situações ou estímulos organizados hierarquicamente e o contato com o instrumental antes do início do tratamento.
- ♦ Fazer uso do reforço positivo, tanto a equipe como a família.
- ♦ Fazer uso de recursos auxiliares para abertura de boca (abridores de boca), se necessário, de forma a facilitar a intervenção e resguardar o usuário e o profissional de possíveis acidentes durante o atendimento.
- ♦ Outras técnicas de contenção podem ser utilizadas, mas exigem uma abordagem profissional diferenciada.

## Organização da rede de assistência ao PNE

### A Unidade de Saúde de referência na atenção primária

- Deve ser considerada a porta de entrada para a atenção ao PNE.
- A equipe de saúde deve ter conhecimento dos PNE de sua área de abrangência para prestação da atenção em saúde bucal o mais cedo possível.
- Nesse componente deve estar inserido o atendimento extraclínica, quando verificada essa necessidade, e o uso de ART.
- Verifica-se que, no nível de atenção odontológica, a grande maioria dos PNE não constitui, *a priori*, uma clientela com necessidade de atendimento para além das unidades básicas de saúde.
- O profissional da US deve sempre considerar como sua competência prestar a atenção a essa clientela, principalmente no aspecto preventivo e educativo.
- Ao constatar a impossibilidade da prestação do serviço cirúrgico-restaurador, deve encaminhar o usuário para atendimento na Unidade Referência para assistência em ambulatório, com relatório do caso. Sempre devem ser feitas algumas tentativas de atendimento na atenção primária, avaliando-se sempre o avanço obtido em cada sessão, antes de se encaminhar o usuário.
- O agendamento na Unidade de Referência deverá ser realizado através da US.
- O usuário deve retornar à US após o término do tratamento para acompanhamento.

## A Unidade Referência para atendimento em ambulatório

- Essa unidade estará desenvolvendo os procedimentos da atenção primária, mas com diferenciação na abordagem desse usuário, que é feita por profissionais qualificados, e com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada.
- Usuários com distúrbio de comportamento representado por medo e ansiedade ou crianças que apresentam dificuldade de condicionamento também podem necessitar de uma indicação para abordagem diferenciada. É importante ressaltar que somente os casos onde é realmente necessária uma abordagem diferenciada devem ser encaminhados para referência.
- O CD da Unidade Referência para assistência em ambulatório deve avaliar a possibilidade de tratamento dos PNE nessa Unidade, a recondução para Unidade Básica ou a recomendação para tratamento sob anestesia geral, fazendo os encaminhamentos necessários.
- Corresponde à assistência prestada no CEO ou outro tipo de serviço, como as APAEs, que ofereça uma abordagem diferenciada para esses usuários.
- A Deliberação CIB-SUS-MG nº 057, de 11 de novembro de 2003, aprova a organização da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Mental ou com Autismo do Estado de Minas Gerais e que esta Rede será constituída pelos serviços de assistência a serem cadastrados no Sistema Único de Saúde – SIA/SUS conforme Portaria MS/GM nº 1635 de 12 de setembro de 2002. Em seu Artigo 3º, § 1º, entre outras atribuições, estabelece que os Centros de Nível II deverão dispor de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar atendimento odontológico.

## O tratamento sob anestesia geral

- O atendimento ao PNE deve ser feito prioritariamente na atenção primária, com encaminhamento para o tratamento sob anestesia geral em apenas alguns casos específicos.
- Quanto menor o número de casos referenciados para anestesia geral, melhor se encontra a organização da atenção primária.
- A referência para tratamento sob anestesia geral tem por critério de encaminhamento a condição médica e/ou comportamental do usuário, envolvendo principalmente:
  - ♦ usuários que apresentam distúrbios de comportamento tais que não permitam atendimento;
  - ♦ deficiência mental, alterações neurológicas ou distúrbios psiquiátricos que impossibilitem a compreensão e a cooperação;

- ♦ situações clínicas em que todos os esforços para o tratamento de forma convencional falharam, inclusive o uso de ART;
  - ♦ dificuldade para controle de respiração e deglutição;
  - ♦ usuários que necessitam de suporte hospitalar;
  - ♦ usuários PNE que necessitam de tratamento extenso e não apresentam condições de se submeterem a esse tratamento de outra forma;
  - ♦ usuários que residem em locais de difícil acesso à US e onde existe impossibilidade de atendimento extraclínica.
- A Unidade Referência para assistência sob anestesia geral deve integrar-se à rede regionalizada de assistência, uma vez que a atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência também inclui a assistência odontológica acompanhada de procedimentos anestésicos.
  - Nesse atendimento serão realizados os procedimentos odontológicos pertinentes, devendo-se evitar mutilações desnecessárias.
  - A intervenção poderá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando necessário.
  - É importante que a Unidade Referência para assistência sob anestesia geral tenha um caráter docente e assistencial.
  - O usuário deverá retornar sempre à US referência na atenção primária para o acompanhamento dos resultados alcançados e manutenção da saúde bucal, com o envolvimento do responsável / família / cuidador.

#### Para a utilização da anestesia geral são necessários os seguintes procedimentos

- orientações cabíveis ao responsável;
- o agendamento na unidade referência para assistência sob anestesia geral;
- relatório do caso;
- solicitação de avaliação médica através de exames físicos e complementares (eletrocardiograma, raios-x de tórax, hemograma, coagulograma, glicemia, urina rotina);
- caracterização do risco cirúrgico.

#### O financiamento do tratamento sob anestesia geral

Os procedimentos odontológicos envolvendo anestesia geral, incluindo aqueles realizados em usuários com necessidades especiais, são financiados no Sistema Único de Saúde – SUS da seguinte maneira:

- Valor pago pela anestesia geral em tratamento odontológico e em cirurgia odontológica, conforme: Tabela SIA/SUS/Procedimentos Especializado/ANEST. GERAL (Grupo22/Código 22.012.01-0);

- Os demais procedimentos realizados seguem o estabelecido na Tabela SIA/SUS/Procedimentos de Ações Básicas em Odontologia (Grupo 03), e Ações Especializadas em Odontologia (Grupo 10).
- Os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo destinados à prevenção e tratamento de deformidade buco-maxilo-facial, visando ao restabelecimento estético e funcional de usuários portadores de anomalia crânio-facial, seguem o recomendado na Portaria MS/SAS nº 431 de 14/11/2000, republicada em 29/dez/2000. Esse serviço deverá ser prestado em Unidade com serviço próprio de odontologia, especializado em ortodontia, implantodontia, prótese e cirurgia, contendo equipamentos e instalações específicas para tratamento de deformidade buco-maxilo-facial, conforme estabelecido na Portaria supracitada.

### 8.3 O DIABÉTICO

- Sinais e sintomas que sugerem possível diagnóstico de diabete tais como polidipsia (sede intensa), poliúria (micções freqüentes), polifagia (fome exagerada), emagrecimento, fadiga, fraqueza, xerostomia, dor nas pernas, alteração na visão, e lesões cutâneas de difícil cicatrização, podem ser relatados ao CD por usuários que desconhecem serem diabéticos.
- Caso ocorra essa suspeita. o usuário deve ser encaminhado ao médico para diagnóstico.

#### A consulta

- As informações obtidas durante a avaliação geral orientam a abordagem e a intervenção clínica.
- Assim, verificar a época do início da doença, tipo de diabete, medicamentos em uso, modificações recentes no esquema terapêutico, última dosagem de glicose sanguínea em jejum, referência a complicações agudas, complicações crônicas e hospitalizações são de grande importância para o plano de tratamento.
- A interação CD/médico assistente é recomendada para troca de informações, sobretudo no que diz respeito à gravidade da doença, grau de controle, necessidade de ajuste na dose dos medicamentos, recomendações quanto à dieta pré e pós atendimento e para a avaliação risco/benefício, especialmente quanto ao uso de medicamentos e a procedimentos invasivos.
- A cada consulta o CD deve investigar acerca do uso correto da medicação, dos cuidados com a dieta, dos níveis de glicemia para os que controlam glicose em domicílio, do grau de medo e ansiedade, e da pressão arterial.
- Os dados devem ser transferidos para o prontuário.
- Infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose, daí

a importância de se priorizar o tratamento odontológico do diabético.

- A hipoglicemia e a cetoacidose são complicações agudas que podem ocorrer na diabete:

### **Hipoglicemia**

- Acontece quando a glicose se encontra abaixo de 45mg.
- O usuário apresenta sudorese fria e pegajosa, tremor, palidez, fraqueza, salivação abundante e palpitações, podendo evoluir para convulsões, inconsciência e coma.
- As causas predisponentes são doses excessivas de insulina, jejum prolongado, aumento da atividade física, ansiedade.
- O procedimento odontológico deve ser interrompido, soluções açucaradas ministradas de imediato, e solicitada a presença do médico.

### **Cetoacidose**

- Apresenta-se quando há aumento de corpos cetônicos no plasma levando à acidose (pH sanguíneo abaixo de 7,35), envolvendo uma alta taxa de glicose sanguínea.
- Tem como causas predisponentes: não estar fazendo uso da insulina, infecções, doença intercorrente, resistência à insulina, inanição.
- Pode ameaçar a vida do usuário e o quadro clínico em geral é dramático.
- Normalmente desenvolve-se num período de semanas a meses, podendo, entretanto, instalar-se em algumas horas.
- O usuário apresenta sinais de glicose alta (polidipsia, poliúria, hálito cetônico), seguindo-se desidratação, desorientação, e hiperpnéia compensatória (respiração de Kussmaul).
- Os usuários com estes sinais e sintomas devem ser encaminhados ao médico para avaliação imediata.

## **As manifestações bucais**

- As manifestações bucais do usuário com diabete não controlado incluem: queilose, tendência para secura e fissuras na mucosa oral, sensação de ardência, diminuição do fluxo salivar, alteração da flora, erupção padrão dos dentes alterada, maior incidência de cáries, maior prevalência e severidade da doença periodontal, incluindo aumento de sangramento e de mobilidade dentária.
- O usuário com diabete controlada apresenta resposta tissular normal, dentição desenvolvida normalmente e não há aumento na incidência de cárie.

## O programa de controle de placa

- Deve ser estabelecido a partir da primeira consulta.
- A manutenção de uma flora não patogênica é importante, e, se necessário, deve ser preconizado o controle químico com clorexidina.

## Tratamento

- O tratamento odontológico deve preferencialmente ser realizado pela manhã e em sessões curtas.
- Em caso de consultas prolongadas, o trabalho deve ser interrompido para uma ligeira refeição (um copo de suco, por exemplo).
- O medo e a ansiedade podem induzir a uma maior secreção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), podendo desencadear um aumento nos níveis de glicemia. Assim, a indicação de medicação ansiolítica poderá ser importante para alguns usuários.
- A predisposição à infecção, a cicatrização difícil e a fragilidade capilar constituem complicações importantes no pós-operatório se a glicose não estiver controlada nesse período, o que contra-indica a intervenção cirúrgica em usuários não controlados.
- A terapêutica, geralmente, não difere daquela preconizada para usuário-padrão, quanto à escolha do medicamento, dose, posologia e duração do tratamento. Em caso de uso de antibiótico, deve-se acompanhar essa terapia devido à possibilidade de infecção secundária por fungo.
- O tipo de diabete e as condições cardiovasculares são importantes na escolha e quantidade do vasoconstrictor a ser usado.
- Com freqüência, alterações na microcirculação do portador de diabete melito resultam em prejuízo do fluxo sanguíneo para os tecidos. O vasoconstrictor poderá comprometer ainda mais essa condição, resultando em isquemia localizada e escarificação tecidual.
- Fios de retração impregnados com agentes vasoconstritores, que podem causar uma rápida elevação na pressão arterial e na concentração de glicose sanguínea, são contra-indicados.
- Os tecidos bucais de usuários diabéticos devem ser manipulados de forma a se evitar traumatismos desnecessários.
- A indicação de medicamentos para o controle da dor merece cautela, devido à possibilidade de interação medicamentosa, devendo o médico ser consultado sempre que necessário antes de se prescrever algum medicamento.

O tratamento deve ser norteado pela situação clínica e em termos gerais pode ser planejado da seguinte forma:

- Usuários compensados: tratamento normal com os devidos cuidados.
- Usuários compensados, com história anterior de alguma complicação: tratamento normal, considerando a hospitalização para atos cirúrgicos moderados ou extensos. O propósito da hospitalização é proteção do usuário e maior segurança do profissional.
- Usuários não compensados: preferencialmente adiar o tratamento até as condições gerais estarem estabilizadas. Em caso de urgência, recomenda-se administrar antiinflamatórios, antibióticos e analgésicos, de acordo com a necessidade, evitando-se a intervenção.

## 8.4 O HIPERTENSO

- A hipertensão é uma doença assintomática na maioria dos usuários adultos, portanto, o CD pode ser de vital importância na sua detecção por ocasião da anamnese.
- Medida de pressão arterial sistólica (máxima) maior do que 140mm Hg e/ou de pressão diastólica (mínima) maior ou igual 90 mm Hg significam necessidade de encaminhamento ao médico para avaliação do caso.
- A assistência odontológica é orientada em função da classificação da pressão arterial, tratamento, controle e possíveis complicações decorrentes.
- A avaliação da hipertensão pelo CD para determinação da gravidade da doença é baseada nas informações obtidas na história médica: época da descoberta da doença, tratamento e controle, esquema terapêutico (tipo de medicamento e doses), alteração recente na medicação e registro da pressão arterial a cada consulta.
- Caso a hipertensão seja diagnosticada por ocasião da consulta odontológica, o usuário deve ser encaminhado ao médico para controle. À medida que a pressão for controlada, deve-se dar prosseguimento ao tratamento odontológico.
- É prudente e sempre importante informar ao médico assistente a natureza dos procedimentos odontológicos e solicitar uma avaliação clínica médica, especialmente nos casos de cirurgia. Quando necessário, estabelecer junto com o médico a condução do tratamento odontológico e a indicação de medicamentos.
- A realização do tratamento odontológico em usuários com diagnóstico de hipertensão deve ser baseada na medida da pressão arterial no momento do atendimento e na classificação da hipertensão e tem como parâmetros gerais:



## Hipertensão controlada

- Procedimentos não cirúrgicos e cirúrgicos simples executados normalmente em usuários com hipertensão leve.
- Em cirurgias maiores (extrações múltiplas, por exemplo), considerar o uso de sedativos juntamente com o médico.
- Em casos de hipertensão moderada ou grave, mesmo controladas, interagir sempre com o médico assistente para definir conduta para todos os procedimentos, baseando-se no custo-benefício e na necessidade individual de cada usuário para o uso de ansiolíticos.

## Hipertensão não controlada

- Nenhum procedimento deve ser realizado.
- Em caso de urgência, o tratamento deve ser conservador (antibióticos e/ou antiinflamatórios e/ou analgésicos).

## Orientações gerais

- É recomendado para cada consulta odontológica: tempo da intervenção clínica o mais breve, posição na cadeira odontológica com encosto menos reclinado, orientação ao usuário sobre como proceder para se levantar (mudanças bruscas de posição podem levar à hipotensão postural), uso de medicação tranqüilizante para o usuário que se apresentar temeroso ou apreensivo (a ansiedade frente ao tratamento odontológico pode ser responsável pela elevação temporária da pressão arterial) e interrupção do atendimento o mais rápido possível sempre que o usuário apresentar algum desconforto.
- Em usuários com hipertensão, a dor deve ser controlada para minimizar o estresse e evitar descarga de epinefrina. Os sais anestésicos usuais não estão contra-indicados, podendo ser usados sem vasoconstritor em procedimentos curtos (menos de 30 minutos). O uso de vasoconstritores não está contra-indicado, devendo ser usado em concentrações mínimas. A anestesia local deve ser eficaz e infiltrada lentamente.
- Fios de retração impregnados com agentes vasoconstritores e bochechos com soluções salinas são contra-indicados.

## Crise hipertensiva

- É caracterizada pelo aumento súbito e severo da pressão arterial, acompanhado ou não de sintomas e sinais – dor de cabeça, náusea, vômito, sonolência, visão turva, hemiparesias – que põem em risco a integridade cardiovascular e a vida do usuário.
- Pode acontecer no consultório odontológico, e recomenda-se o encaminhamento imediato à equipe de saúde.

## 8.5 O PORTADOR DE TUBERCULOSE

- A tuberculose é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, um parasita intracelular.
- O pulmão é o local habitual da lesão primária e o principal órgão envolvido.
- A infecção, geralmente, é transmitida de pessoa a pessoa pela inalação de aerossóis de secreções respiratórias contendo núcleos de gotículas infectantes.
- Observa-se, entre os principais sinais e sintomas, o desenvolvimento gradual de fadiga, emagrecimento, febre vespertina baixa, sudorese noturna excessiva, inapetência, tosse persistente acompanhada ou não de escarros hemoptóicos.
- Os perdigotos de tuberculose podem ser dispersos por aerossóis produzidos pela turbina, sprays de água e aparelhos de ultra-som durante o atendimento odontológico.
- As lesões tuberculosas na cavidade bucal são relativamente raras e aparentemente têm nas superfícies mucosas traumatizadas o local de predisposição para o seu aparecimento. Em geral, considera-se que representam uma infecção por microorganismos presentes no escarro proveniente das lesões pulmonares, sendo a base da língua o local mais comum.
- As lesões bucais podem ser dos tipos verrucoso, ulcerativo ou nodular.
- Doenças debilitantes, como a tuberculose, podem predispor à doença periodontal por diminuírem a resistência tissular a irritantes locais e criar uma tendência para a reabsorção do osso alveolar.
- A avaliação geral do usuário, primeiro passo na assistência odontológica, possibilita ao CD tornar-se conhecedor da existência da doença, reconhecer possíveis queixas e sintomas indicativos de tuberculose ou ainda constatar a possibilidade de o usuário estar em contato com fontes de infecção. Nesses casos, o usuário deve ser

encaminhado para avaliação médica.

- Em caso de doença ativa, o usuário deve ter o tratamento eletivo adiado e receber somente tratamento conservador (terapia medicamentosa) nas urgências/emergências odontológicas, respeitando-se as normas de biossegurança e o uso de equipamentos de proteção individual, inclusive máscara especial;
- Se o usuário finalizou a quimioterapia, o médico assistente deve ser consultado a respeito da infectividade, resultados de baciloscopia e exame radiológico. Em caso de alta por cura, o usuário pode ser tratado normalmente.

## 8.6 O PORTADOR DE HANSENÍASE

- Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, curável, de evolução lenta, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*.
- Os sinais e sintomas mais comuns em caso suspeito de hanseníase são: lesões de pele com diminuição de sensibilidade; troncos nervosos periféricos espessados e/ou doloridos; câimbra e formigamento; diminuição ou perda de sensibilidade e de força muscular nos olhos, mãos ou pés.
- A via de infecção mais provável é o trato respiratório (mucosa nasal e orofaríngea), através da inalação de gotículas eliminadas pelos doentes das formas infectantes sem tratamento;
- Cerca de 70% dos casos novos diagnosticados são de formas não contagiosas.
- Iniciado o tratamento, os pacientes das formas contagiosas passam a ser não infectantes.
- O CD, durante a anamnese, poderá reconhecer possíveis queixas e sintomas indicativos de hanseníase ou a possibilidade de exposição à doença. Nesses casos, o usuário deve ser encaminhado para avaliação médica.

### Manifestações bucais

- Podem ocorrer nas formas multibacilares de longa evolução, que são as mais avançadas da doença.
- As lesões decorrentes da infecção na cavidade bucal podem se apresentar como insensibilidade de mucosa, infiltrações localizadas ou difusas, úlceras, nódulos, manchas, placas, fibroses e alterações gengivais.
- Lábios, gengiva, palato duro, palato mole e úvula podem ser afetados.
- Muitas vezes as lesões se ulceram de maneira superficial, como acontece na pele.

- Os incisivos superiores podem apresentar-se com mobilidade ou ausentes; os nódulos palatais podem ulcerar e perfurar o palato duro; a úvula pode ser totalmente destruída e na polpa dentária têm sido descritas alterações específicas com riqueza de bacilos.
- Usuários com hanseníase podem apresentar periodontite destrutiva crônica não-específica.

## 8.7 O USUÁRIO PORTADOR DE HIV

### Papel geral do CD na abordagem do portador de HIV

- Garantir um tratamento digno e humano, sem preconceitos, mantendo sigilo profissional.
- Garantir o atendimento dentro das normas universais de biossegurança.
- Estar atento às possíveis manifestações bucais relacionadas à infecção pelo HIV.
- Orientar e encaminhar o usuário à equipe de saúde, em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV.
- Dar continuidade aos procedimentos de rotina odontológica.
- Interagir com a equipe multiprofissional.
- Manter-se atualizado sobre a doença, no que diz respeito aos aspectos técnicos, éticos, psicossociais e epidemiológicos.
- Incorporar ao seu cotidiano as ações de prevenção e solidariedade entre os seus principais procedimentos terapêuticos.

### O cuidado do usuário portador de HIV

- Na US o CD pode identificar e tratar as doenças bucais mais comuns que são decorrentes do estado imunológico de portadores do HIV, atuando, inclusive, no diagnóstico precoce da doença, o que pode aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do portador.
- Muitos usuários podem desconhecer que são portadores ou optarem por não informar que são portadores do HIV por medo de preconceito ou recusa de atendimento. Portanto, o CD está exposto a atender ao usuário HIV, sem saber, o que enfatiza a necessidade da adoção de medidas universais de biossegurança.