



Distribuição Gratuita

MANUAL PRÁTICO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Cerise de Castro Campos
Bruna Borges Frazão
Gabriela Lopes Saddi
Liliane Assis Moraes
Márcia Garcia Ferreira
Paula Cristina de Oliveira Setúbal
Raquel Teles Alcantara



CERISE DE CASTRO CAMPOS
BRUNA BORGES FRAZÃO
GABRIELA LOPES SADDI
LILIANE ASSIS MORAIS
MARÍLIA GARCIA FERREIRA
PAULA CRISTINA DE OLIVEIRA SETÚBAL
RAQUEL TELES DE ALCÂNTARA

**MANUAL PRÁTICO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS**

GOIÂNIA – GO

2009

© 2009 Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Triagem: 2ª edição – 2009 – 100 exemplares.

APRESENTAÇÃO

A ciência contemporânea tem um grande débito com a comunidade da qual se origina e à qual se destina: a tradução do conhecimento. As hipóteses científicas devem ser, idealmente, baseadas nas expectativas da população e os desfechos dos estudos, respostas concretas aos anseios da coletividade e do indivíduo. Nesse sentido, a Universidade assume papel de destaque, pois busca articular ensino, pesquisa e extensão.

Neil Young é um compositor canadense que tem diabetes tipo I, seqüelas na marcha por poliomielite, dois filhos com paralisia cerebral e uma filha com esquizofrenia (assim como o pai). Como ele coleciona trens elétricos, inventou um dispositivo para seu filho acionar os trens: o Grande Botão Vermelho.

Este manual é um Grande Botão Vermelho para a tradução do conhecimento voltado ao atendimento odontológico ao paciente especial. Com simplicidade, fundamenta aspectos que interessam a todos os envolvidos na atenção à saúde da pessoa especial: estudantes, profissionais, família, cuidadores.

Especiais cumprimentos às autoras, pelo convite a “mudar de trilho, soltar fumaça e apitar”*.

Profa. Luciane R. R. S. Costa

*Citação de Diogo Mainardi, em seu artigo “Meu pequeno búlgaro”

SUMÁRIO

Capítulo I	Pacientes com necessidades especiais	01
	<i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão; Gabriela L. Saddi; Liliane A. Moraes; Marília G. Ferreira; Paula C. O. Setúbal; Raquel T. Alcântara.</i>	
Capítulo II	Deficiências físicas	07
Parte I	Paralisia cerebral	07
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte II	Miastenia gravis	11
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte III	Acidente vascular encefálico	15
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Capítulo III	Distúrbios comportamentais	19
Parte I	Transtornos alimentares	19
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte II	Autismo	24
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Capítulo IV	Condições e doenças sistêmicas	28
Parte I	Diabetes mellitus	28
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte II	Insuficiência renal crônica	32
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte III	Anemias	34
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte IV	Hemofilia	37
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte V	Epilepsia	40
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte VI	Cardiopatias	43
	<i>Cerise C. Campos; Gabriela L. Saddi; Marília G. Ferreira.</i>	
Parte VIII	Pacientes imunossuprimidos por medicamentos: Usuários de álcool e drogas ilícitas	48
	<i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão.</i>	
Parte IX	Pacientes imunossuprimidos por medicamentos: Leucemia	52
	<i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão; Liliane A. Moraes.</i>	
Parte X	Pacientes imunossuprimidos por medicamentos: Lúpus eritematoso	55
	<i>Cerise C. Campos; Paula C. O. Setúbal; Raquel T. Alcântara.</i>	
Parte XI	Gravidez	58
	<i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão.</i>	

Parte XII	Pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço <i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão; Liliane A. Moraes.</i>	62
Parte XIII	Pacientes transplantados <i>Cerise C. Campos; Liliane A. Moraes.</i>	66
Capítulo V	Deficiência mental <i>Cerise C. Campos; Paula C. O. Setúbal.</i>	71
Capítulo VI	Deficiências sensoriais	74
Parte I	Deficiência visual <i>Cerise C. Campos; Paula C. O. Setúbal.</i>	74
Parte II	Deficiência auditiva <i>Cerise C. Campos; Paula C. O. Setúbal; Raquel T. Alcântara.</i>	76
Capítulo VII	Transtornos psiquiátricos	79
Parte I	Esquizofrenia <i>Cerise C. Campos; Raquel T. Alcântara.</i>	79
Parte II	Transtorno obsessivo-compulsivo <i>Cerise C. Campos; Raquel T. Alcântara.</i>	81
Parte III	Depressão <i>Cerise C. Campos; Raquel T. Alcântara.</i>	83
Parte IV	Fobia <i>Cerise C. Campos; Paula C. O. Setúbal; Raquel T. Alcântara.</i>	85
Parte V	Ansiedade <i>Cerise C. Campos; Paula C. O. Setúbal; Raquel T. Alcântara.</i>	87
Capítulo VIII	Doenças infectocontagiosas	90
Parte I	Síndrome da imunodeficiência adquirida <i>Cerise C. Campos; Liliane A. Moraes.</i>	90
Parte II	Hepatites virais <i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão.</i>	93
Parte III	Tuberculose <i>Cerise C. Campos; Bruna B. Frazão.</i>	95
Capítulo IX	Síndrome de Down <i>Cerise C. Campos; Liliane A. Moraes.</i>	98
Anexos		102

CAPÍTULO I

PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Cerise de Castro Campos

Bruna Borges Frazão

Gabriela Lopes Saddi

Liliane Assis Moraes

Marília Garcia Ferreira

Paula Cristina de Oliveira Setúbal

Raquel Teles de Alcântara

QUEM SÃO?

É necessário conceituar e classificar os pacientes com necessidades especiais (PNEs) para estabelecer uma didática no exercício clínico, visando um plano de tratamento especializado e direcionado¹.

Os PNEs já foram denominados pacientes excepcionais, pacientes portadores de deficiência, pacientes especiais. Os conceitos e as denominações sofreram mudanças ao longo dos anos buscando, assim, uma maior abrangência das diversas alterações e/ou condições de ordem física, mental ou social².

O sucesso do tratamento odontológico depende do conhecimento do paciente por parte do cirurgião-dentista (CD), o que é conseguido através de uma minuciosa anamnese³.

Saber conceituar o paciente com necessidade especial é essencial para adequar o seu tratamento de acordo com suas peculiaridades.

Grünspun⁴ afirma que, o que torna uma pessoa um PNE, é o fato de ela ser portadora de uma deficiência ou doença que a leva a necessitar de atenção e cuidado especiais.

Levando em consideração a dificuldade de um conceito único e imutável sobre os PNEs, propõe-se uma definição que reflita o atual momento desses pacientes:

Pacientes com necessidades especiais são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requer uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico.

COMO CLASSIFICAR?

Dualibi & Dualibi¹ classificam os PNEs em grupos, subgrupos, lesão principal e sublesão. Os grupos principais por eles definidos são:

- Malformação congênita: genética e não-genética;
- Alterações comportamentais: psicoses, neuroses, autismo, perversão e dependência química;
- Alterações físicas adquiridas: gravidez, alterações sistêmicas, traumatismos e geriatria.

No Brasil, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência é disposta na lei nº. 7853, de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo decreto nº. 3298, de 20 de dezembro de 1999. O artigo 3º do capítulo 1 do referido decreto apresenta três incisos com definições importantes para o entendimento do PNE⁵:

Inciso I — Deficiência: toda perda de uma estrutura ou função fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

Inciso II — Deficiência permanente: aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos;

Inciso III — Incapacidade: redução efetiva e acentuada da capacidade de integração, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora

de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao bem estar pessoal e ao desempenho de função ou atividades a serem exercidas.

Os pacientes especiais são categorizados em cinco tipos de acordo com o artigo 4º do decreto nº. 3298, de 20 de dezembro de 1999⁵:

Inciso I — Deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldade para o desempenho das funções;

Inciso II — Deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas, sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

- a) de 25 a 40 decibéis (dB): surdez leve;
- b) de 41 a 55 dB: surdez moderada;
- c) de 55 a 70 dB: surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 dB: surdez severa;
- e) acima de 91 dB: surdez profunda; e
- f) anacusia.

Inciso III — Deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

Inciso IV — Deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

Inciso V — Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

A Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, realizada pelo Conselho Federal de Odontologia, conceituou os PNEs como aqueles que necessitam de uma atenção especial por apresentarem um desvio da normalidade, identificável ou não².

A Academia Americana de Odontopediatria ressalta que os PNEs têm alterações que limitam as suas atividades de vida diária. Assim, esses requerem monitoramento médico, programas e serviços especializados para seu

desenvolvimento, atenção e cuidados permanentes. São definidos como portadores de condições limitantes ou problemas físicos, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional⁶.

Com o intuito de fornecer uma linguagem universal e um padrão para a descrição dos estados de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o que permitiu a comparação e análise de dados e informações ao longo do tempo entre regiões e países. A CIF é baseada numa abordagem biopsicossocial⁷.

A Associação Internacional de Odontologia para o Paciente com Necessidades Especiais (IADH — *International Association for Disabilities and Oral Health*) orientou a distribuição dos PNEs, sendo utilizada por Santos & Haddad² em sua classificação:

1. Desvios da inteligência.
2. Defeitos físicos.
3. Defeitos congênitos.
4. Desvios comportamentais.
5. Desvios psíquicos.
6. Deficiências sensoriais e de áudio-comunicação.
7. Doenças sistêmicas crônicas.
8. Doenças endócrino-metabólicas.
9. Desvios sociais.
10. Estados fisiológicos especiais.

Para fins didáticos, adotar-se-á a classificação de Santos & Haddad² modificada:

- 1. Deficiência física** — seqüela de paralisia cerebral (PC), acidente vascular encefálico (AVE), miastenia gravis (MG);
- 2. Distúrbios comportamentais** — autismo, bulimia, anorexia;
- 3. Condições e doenças sistêmicas** — gravidez, pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes transplantados, pacientes imunossuprimidos, *diabetes mellitus*, cardiopatias, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica, doenças auto-imunes.

4. **Deficiência mental** — comprometimento intelectual devido a fatores pré-natais, perinatais e pós-natais, de origem genética, ambiental ou desconhecida;
5. **Distúrbios sensoriais** — deficiência auditiva e visual;
6. **Transtornos psiquiátricos** — depressão, esquizofrenia, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade;
7. **Doenças infectocontagiosas** — pacientes soro-positivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais, tuberculose;
8. **Síndromes e deformidades craniofaciais** – Síndrome de Down, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro passo para se iniciar o tratamento de um paciente envolve o conhecimento do mesmo a partir de uma minuciosa anamnese e exame físico criterioso. Para isso faz-se necessário o CD assumir um compromisso e responsabilidade em buscar informações úteis, tanto para o diagnóstico de desordens como para detectar experiências odontológicas anteriores^{8,9}.

Uma vez observada uma condição ou doença sistêmica, o profissional deve direcionar a avaliação, identificando as peculiaridades que podem interferir no tratamento. A pesquisa dos sinais e sintomas clínicos da doença complementa a anamnese e, assim, auxilia na determinação do diagnóstico¹⁰.

O reconhecimento dos PNEs e a individualização dos seus tratamentos são essenciais por estes pacientes compreenderem uma considerável parcela da população (14,5% da população brasileira segundo o censo demográfico de 2000 realizado pelo IBGE¹¹). O objetivo deste manual prático é sugerir condutas para auxiliar os CDs na abordagem, planejamento e tratamento dos PNEs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Dualibi SE, Dualibi MT. Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. *Revista Paulista de Odontologia*. 1998;(2):28-33.

2 Santos MTBR, Haddad AS. Quem são os pacientes com necessidades especiais? In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia Arte e Conhecimento*. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica;2003. p.263-8.

3 Varellis MLZ. Conceituando o paciente com necessidades especiais. In: Varellis MLZ. *O paciente com necessidades especiais na odontologia: Manual prático*. São Paulo: Editora Santos;2005. p.3-12.

4 Grünspun H. *Distúrbios Psiquiátricos da Criança*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu S.A.;1966.

5 Brasil. Decreto- lei nº3298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. [homepage na internet; acesso em 19 abr 2008]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3298.htm>.

6 American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of Persons with Special Health Care Needs [homepage na

Internet; acesso em 25 fev. 2008 2004]. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_SHC_N.pdf>.

7 Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista Bras. Epidemiol*. 2005;8(2):187-93.

8 Pinto BM, Machado CJ, Sá EO. Características necessárias de um profissional de saúde que trabalha com pacientes portadores de necessidades especiais: um contraste de visões de profissionais e alunos de odontologia, pais e educadores. Belo Horizonte: UFMG/ Cedeplar; 2004.

9 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. História, avaliação física e laboratorial. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1996. p. 3-18.

10 Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2006.

11 IBGE. Censo demográfico. [homepage na internet; acesso em 27 fev 2008]; 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>.

CAPÍTULO II

DEFICIÊNCIAS FÍSICAS

PARTE I

PARALISIA CEREBRAL

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

Encefalopatia crônica não-progressiva ou paralisia cerebral (PC) compreende um conjunto de distúrbios neurológicos caracterizados principalmente por alterações no desenvolvimento postural e limitações de movimentos^{1,2,3,4,5,6}. Essa desordem é resultante de uma injúria irreversível que atinge o cérebro em formação (congenita) ou infantil (adquirida)⁷, antes da completa maturação do Sistema Nervoso Central, podendo estar associada a fatores pré, peri ou pós-natais^{1,4,5,6,8}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, o qual deve ser posteriormente assinado por um responsável pelo paciente, procurando conhecer as limitações físicas, mentais, a saúde geral do paciente e sua história médica^{1,9}. É interessante designar um espaço para o profissional escrever observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo, como, por exemplo, sobre a presença de distúrbios secundários associados à PC, como: epilepsia – convulsões, retardo mental, atraso na aquisição da fala, alterações visuais, auditivas e sensoriais, distúrbios do comportamento^{2,4,8};

- Planejar consultas rápidas^{4,8}, evitando, assim, fadiga muscular do paciente⁸;
- Individualizar a abordagem e posicionamento do paciente com PC para realizar um tratamento dentário de forma segura e efetiva⁶;
- Avaliar a melhor forma de tratar um paciente “cadeirante”: na cadeira odontológica ou na própria cadeira de rodas⁸;
- Posicionar os pacientes confortavelmente na cadeira odontológica, buscando manter uma postura adequada e a estabilização dos movimentos^{6,8}. Assim, recomenda-se utilizar um dispositivo de posicionamento da cabeça, em nível occipital e dos joelhos (como rolos de espuma), para manutenção dos membros inferiores inclinados⁶;
- Aconselha-se manter o paciente em posição inclinada, evitando deixá-lo completamente deitado, para reduzir a dificuldade de deglutição⁶;
- Recomenda-se usar contenção física, sob consentimento dos pais, a fim de controlar os movimentos involuntários do paciente^{4,8};
- Para minimizar os movimentos involuntários da mandíbula, pode-se eleger um abridor de boca^{4,6,8};
- Evitar movimentos bruscos e estimulação sonora e visual sem aviso prévio ao paciente, uma vez que essas situações podem desencadear reflexos no indivíduo^{4,8}, como:

-REFLEXO DA TONICIDADE DO PESCOÇO ASSIMÉTRICA: se a cabeça do paciente for repentinamente virada para um lado, o braço e a perna do lado para o qual a cabeça está virada estender-se-ão e enrijecer-se-ão. Os membros do lado oposto flexionar-se-ão.

-REFLEXO DA TONICIDADE DO LABIRINTO: se a cabeça do paciente repentinamente tombar para trás, quando ele estiver deitado, suas costas assumem uma posição conhecida como extensão postural; os braços e as pernas estender-se-ão, e o pescoço e as costas curvar-se-ão.

-REFLEXO DO SUSTO: este reflexo consiste em movimentos involuntários, repentinos e bruscos, e, como o nome indica, é uma reação a um estímulo que surpreende o paciente, como barulho ou gesto de outra pessoa. Esse reflexo é freqüentemente observado em indivíduos com paralisia cerebral.⁸

- Pode-se adotar, para o portador de PC, todas as técnicas de manejo do comportamento utilizadas atualmente como, por exemplo: dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, controle de voz e dessensibilização. Quando as formas não-farmacológicas de gerenciamento comportamental falharem, recomenda-se utilizar

pré-medicação oral, isolada ou combinada, e, se for o caso, o paciente deve ser encaminhado para anestesia geral^{4,6}. Em caso de uso de sedação moderada, recomenda-se a presença do anestesiológico para melhor acompanhamento do paciente;

- Enfatizar, na elaboração do plano de tratamento, o controle de placa, sendo essencial um treinamento em higiene oral com o paciente, na presença dos cuidadores⁶. Caso o treinamento seja realizado com o cuidador, mostrar como fazer a higienização – ensinar a fazer abridores de boca (podem ser espátulas de madeira sobrepostas e estabilizadas com esparadrapo ou fita crepe e, ainda, “boquinhos de garrafa pet” de refrigerantes cortadas e adaptadas);
- Pode-se adotar o uso de escovas elétricas para otimizar o controle de placa, considerando a falta de destreza desses indivíduos ao utilizar escovas manuais¹⁰, ou considerar a preferência dos cuidadores;
- Utilizar, se necessário, o controle químico de placa através de clorexidina 0,12% quando somente o controle mecânico for insuficiente⁹, considerando o tempo adequado para não selecionar microbiota indevidamente;
- Sugere-se usar isolamento absoluto e um sistema de sucção eficaz para auxiliar no sucesso do tratamento, pois o paciente com PC pode apresentar sialorréia^{4,8};
- Registrar o nome dos medicamentos utilizados pelo paciente no seu prontuário odontológico, uma vez que estes indivíduos fazem uso rotineiro de anticonvulsivantes como: fenitoína (Epelin[®], Hidantal[®]) e fenobarbital (Gardenal[®]), geralmente associados à hiperplasia gengival; ácido valpróico (Depakene[®]) e carbamazepina (Tegretol[®]), que podem causar sangramento gengival; e clonazepam (Rivotril[®])⁶. Em pacientes que fazem uso de anticonvulsivantes deve-se ter cautela ao prescrever benzodiazepínicos, os quais podem potencializar o efeito depressor do sistema nervoso central¹¹;
- Realizar com agilidade o atendimento odontológico de pacientes com histórico de hipertermia após procedimentos excitatórios, adotando-se a sedação consciente ou anestesia geral mediante situações inevitáveis de estresse¹²;

- O tratamento requer a participação em uma equipe multiprofissional⁶, destacando-se a interação do CD com fonoaudiólogo (o qual atua na resolução de problemas de deglutição, fala e comunicação dos pacientes com PC)⁷. O contato com o médico contribui para o conhecimento do tipo de seqüela resultante da desordem do paciente⁸, o que dará segurança na condução do tratamento odontológico.

PARTE II

MIASTENIA GRAVIS

*Cerise de Castro Campos
Gabriela Lopes Saddi
Marília Garcia Ferreira*

O QUE É?

A miastenia gravis (MG) é um transtorno neuromuscular crônico^{13,14}, de caráter auto-imune, que afeta os músculos voluntários ou esqueléticos, resultando em esgotamento e perda da força muscular destes elementos^{13,15,16,17,18}. Estas características podem relacionar-se com a produção de auto-anticorpos contra os receptores nicotínicos de acetilcolina das junções neuromusculares^{15,16,17}.

Os sintomas da miastenia gravis são progressivos^{16,18}. Geralmente, o início da doença é marcado por uma fraqueza gradual na musculatura ocular, podendo gerar quadros de ptose palpebral e diplopia^{14,16,18}. A área orofaríngea é comumente afetada¹⁸, caracterizando uma fraqueza nos músculos faciais e mastigatórios^{17,19}, o que resulta em dificuldade na mastigação^{16,20}, disfagia, disartria^{16,19,20} e redução da expressão facial^{13,19}. Este transtorno neuromuscular pode atingir isoladamente um grupo de músculos, ou tornar-se generalizado^{13,18}. Assim, em muitos casos, além dos músculos oculares e orofaríngeos, há envolvimento dos músculos dos membros superiores e inferiores^{14,17}, diafragma, extensores do pescoço, entre outros¹⁴.

Um achado intra-oral peculiar à MG é a presença de flacidez da musculatura da língua, acompanhada de sulcos na sua face dorsal^{17,21}. Em casos severos, pode-se encontrar a chamada “língua miastênica”, apresentando três sulcos longitudinais^{13,22}. É possível desenvolver, em pacientes com hiperplasia do timo, a candidíase mucocutânea crônica²³, assim como infecções fúngicas e atraso na cicatrização ocorrem geralmente em indivíduos sob terapia imunossupressora²⁴.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável. O profissional pode designar um espaço para escrever observações complementares sobre o estado de saúde do paciente, relatando, por exemplo, qualquer intercorrência no seu estado físico e emocional, uma vez que alguns fatores podem exacerbar as manifestações da doença, tais como: gravidez, mudanças hormonais, infecções, emoções, elevações da temperatura corpórea¹⁴;
- Planejar consultas curtas, preferencialmente no período da manhã, uma vez que os músculos afetados apresentam-se mais fortalecidos nesse espaço de tempo^{14,17,18};
- Planejar o tratamento dos pacientes com MG buscando a promoção da saúde e a prevenção de complicações¹⁸;
- Educar os indivíduos afetados quanto à importância de manter a higiene oral adequada¹⁷, reduzindo os riscos de infecções dentárias e periodontais, as quais podem exacerbar a doença e levar a uma crise miastênica¹⁸;
- Os pacientes com MG, devido a debilidade da musculatura orofaríngea, podem apresentar aspiração pulmonar¹⁷, sendo assim imprescindível utilizar um sistema de sucção efetivo e isolamento absoluto durante o procedimento odontológico^{17,18}. Recomenda-se, ainda, usar abridor de boca como medida de segurança¹⁸;
- A tonicidade muscular, afetada nesses pacientes, interfere na retenção e selamento periférico da prótese total. Quando esta se apresenta sobrestendida ou com bordas grossas, há alterações no fluxo salivar e fadiga muscular^{14,17}. Modificações como disfagia, fonação inadequada e dificuldade mastigatória podem ser encontradas¹⁷. Próteses totais implanto-suportadas podem trazer benefícios ao paciente¹⁴;
- Deve-se evitar situações que ocasionem estresse emocional ao paciente, devido ao risco de crises miastênicas¹⁴;

- Em procedimentos extensos, é preciso estabelecer momentos de descanso ao paciente para se evitar a fadiga dos músculos afetados¹⁷;
- Averiguar o comprometimento da musculatura respiratória, registrando-o no prontuário do paciente, pois durante o atendimento este indivíduo pode desencadear uma crise miastênica, com colapso respiratório, **havendo o risco de óbito na cadeira odontológica**¹⁷;
- Pacientes com MG generalizada, com sintomas severos, apresentando risco de complicações respiratórias, necessitam de atendimento em ambiente hospitalar^{16,17};
- O profissional também precisa estar atento às manifestações que caracterizam as situações emergenciais, buscando o controle do quadro clínico e ajuda dos serviços especializados;
- Indivíduos acometidos pela doença que fazem uso de drogas anticolinesterásicas necessitam ingerí-las uma a duas horas precedentes à consulta. Estes pacientes estão vulneráveis a reações adversas à terapia, como a sialorréia, decorrente do uso destes medicamentos^{16,17};
- Algumas drogas utilizadas na prática médica e/ou odontológica podem atingir as junções neuromusculares dos músculos afetados, ampliando os sintomas de fraqueza muscular. Dessa forma, o profissional necessita estar consciente de que alguns fármacos são contra-indicados a estes pacientes, como as drogas de uso médico e/ou odontológico a seguir citadas:
 - Antibióticos: Eritromicina, Gentamicina, Polimixina B, Clindamicina^{14,17,18};
 - Agentes anti-hipertensivos: β -bloqueadores (Propranolol) e bloqueadores de canais de cálcio (Nifedipina)^{14,17};
 - Agentes anti-arrítmicos^{17,18}.
- O profissional deve conhecer também os medicamentos prescritos com precaução aos pacientes com MG na clínica médica e/ou odontológica:
 - Antibióticos: Metronidazol, Tetraciclina, Vancomicina^{14,17};
 - Sedativos ou hipnóticos: Morfina e derivados, Narcóticos, Benzodiazepínicos, Barbitúricos^{14,17}.
 - Drogas antiinflamatórias: corticosteróides^{14,17}.

- São indicados de forma segura, os seguintes fármacos:
 - Antibióticos: Penicilina e derivados^{14,17};
 - Sedativos ou hipnóticos: Óxido nitroso e oxigênio^{14,17};
 - Antiinflamatórios não esteróides: paracetamol e aspirina^{14,17}.

PARTE III

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

Acidente vascular encefálico (AVE) ou acidente vascular cerebral é uma entidade neurológica^{25,26}, decorrente de uma alteração repentina no fluxo sanguíneo do cérebro, reduzindo a quantidade de oxigênio disponível no local da lesão^{26,27}, podendo gerar danos irreversíveis^{25,28}. A severidade dos prejuízos cognitivo e sensório-motor do paciente²⁶ relaciona-se ao tipo e extensão anatômica da lesão²⁹. Quando há envolvimento oral, o CD pode deparar-se com disfagia, halitose^{25,27}, hipermobilidade da língua, reflexo de vômito protetor, reflexo tussígeno, higiene oral deficiente e armazenamento de comida no lado afetado²⁵.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável. O profissional pode designar um espaço para observações complementares sobre o estado de saúde do paciente, relatando, por exemplo, a presença de fatores de risco não-modificáveis para o desenvolvimento de AVE, como idade avançada e predisposição genética, e os modificáveis, como presença de hipertensão arterial, arterosclerose, uso de contraceptivos orais, estresse, tabagismo, diabetes mellitus e cardiopatias^{25,28}. A modificação dos fatores de risco é mais efetiva quando se trata da prevenção do primeiro AVE, por isso a importância de reconhecer a predisposição do indivíduo à doença;

- Registrar no prontuário odontológico experiências anteriores desta desordem, pois a recorrência do AVE aumenta as incapacidades motoras e os índices de mortalidade²⁵;
- Ao planejar o tratamento desses pacientes, deve-se individualizar o atendimento considerando os fatores de risco e as incapacidades conseqüentes do problema, buscando compreender suas limitações emocionais²⁵;
- Educar o paciente quanto à necessidade de atuar sobre os fatores de risco modificáveis levantados na anamnese e encaminhar o paciente para avaliação médica²⁵;
- Reduzir o estresse emocional do paciente através de consultas curtas²⁵ e, quando necessário, adotar a sedação consciente preferencialmente com óxido nitroso e oxigênio²⁸;
- Orientar os pacientes e cuidadores quanto à importância da higienização oral^{25,27}. Recomenda-se a adaptação dos instrumentos para limpeza bucal (por exemplo, escovas dentais com cabos mais calibrosos), buscando adequá-los às limitações do paciente²⁷;
- Adotar o uso diário de clorexidina 0,12% pelo paciente (por tempo limitado) e aplicação tópica de flúor no consultório quando necessário²⁹;
- Prevenir o risco de aspiração através de isolamento absoluto, sistema de sucção eficaz e posicionamento adequado da cabeça do paciente²⁹;
- Durante os procedimentos odontológicos, dar atenção ao manuseio de instrumentos na cavidade bucal devido ao reflexo de vômito protetor do paciente;
- Tratar infecções ativas da cavidade oral²⁷, principalmente a doença periodontal crônica, a qual pode estar associada com maior incidência do AVE³⁰;
- É necessário suspender o uso de anticoagulantes como warfarin (por dois dias), e de antiplaquetários como aspirina (por sete dias) antes de procedimentos cirúrgicos invasivos que necessitem de uma hemostasia normal. Estes medicamentos são geralmente utilizados pelos pacientes com histórico de AVE;
- Atentar-se à possibilidade do paciente sofrer AVE no consultório odontológico, estando o CD preparado para controlar esta situação emergencial:

colocar o paciente em posição supina, chamar serviço de emergência, administrar oxigênio e monitorar os sinais vitais²⁵;

- Monitorar os pacientes através de retornos periódicos ao consultório odontológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Abreu MHNG, Paixão HH; Resende VLS. Portadores de paralisia cerebral: aspectos de interesse na odontologia. *Arquivos em odontologia*, Belo Horizonte. 2001 Jan/Jun; 37(1):53-60.
- 2 Bueno LAS, Haddad AS, Santos MTBR. Avaliação sobre o conhecimento de higiene bucal em cuidadores de instituições que abrigam indivíduos com deficiências múltiplas. *Rev Int Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec*. 2005;2(3/4):75-81.
- 3 Fernandes K., Guaré RO, Valentim C. Utilização de abridor de boca de baixo custo na higiene bucal de crianças portadoras de paralisia cerebral. *Rev Odontol UNICID*. 2003 Maio/Ago;15(2):85-93.
- 4 Santos MTBR, Haddad AS. Defeitos Físicos. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.163-73.
- 5 Mello SS, Marques RS, Saraiva RA. Complicações respiratórias em pacientes com paralisia cerebral submetidos à anestesia geral. *Rev Bras Anestesiol*. 2007 Set/Out;57(5):455-9.
- 6 Santos MTBR, Manzano FS. Assistive stabilization based on the neurodevelopmental treatment approach for dental care in individuals with cerebral palsy. *Quintessence Int*. 2007 Set;38(8):681-7.
- 7 National Institute of Neurological Disorders and Stroke. *Cerebral Palsy: hope through research*. NIH Publication. 2006 Jul (06-159).
- 8 Lynch TR, Jones JE, Weddell JA. Problemas odontológicos da criança excepcional. In: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. 4ª ed. Carlos Augusto d'Avilla Pacca, tradutor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. p.520-38.
- 9 Abreu MHNG, Paixão HH; Resende VLS. Controle de placa bacteriana em portadores de deficiências físicas: avaliação de pais e responsáveis. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte. 1999;35(1 e 2):27-37.
- 10 Bozkurt FY, Fentoglu O, Yetkin Z. Comparison of various oral hygiene strategies in neuromuscularly disabled individuals. *J Contemp Dent Pract*. 2004 Nov 15;5(4):23-31.
- 11 Andrade ED. Interações farmacológicas. In: Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.99.
- 12 Noguchi I, Ohno H, Takano K, Shimada R, Sasao M, Shimonaka H. Fatal hyperthermia due to dental treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Mar;101(3):E61-64.
- 13 Moreira ATR, Ruthes HI, Bigolin S. Miastenia gravis congênita e oftalmoplegia externa. *Arq Bras Oftalmol*. 2001;64:477-80.
- 14 Yarom N, Barnea E, Nissan J, Gorsky M. Dental management of patients with myasthenia gravis: A literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005 Aug;100(2):158-63.
- 15 Drachman DB. Myasthenia gravis: dental treatment considerations. *N Engl J Med*. 1994; 330:1797-810.
- 16 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. Dor facial e doenças neuromusculares. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.713-31.
- 17 Sosa RD, Umerez C. Consideraciones Odontológicas em La Miastenia Grave: Reporte de un caso. *Acta odontol. venez*. 2003 Mayo;41(2):144-53.
- 18 Tolle L. Myasthenia Gravis: A review for dental hygienists. *Journal of Dental Hygiene*. 2007 Jan;81(1):1-9.
- 19 Schneider PE. Dental management of a child with severe myasthenia gravis. *Spec Care Dent*. 1983;3:266-70.
- 20 Rhynsburger J. How to fight MG fatigue. *American Journal of Nursing*. 1989.
- 21 Bassler R. Histopathology of different types of atrophy of the human tongue. *Pathol Res Pract*. 1987;182:87-9.
- 22 Gallagher DM, Erickson KL, Genkins G. Current concepts in the surgical treatment of patients with myasthenia gravis. *J Oral Surg*, 1981;39:30-4.
- 23 Kikpatrick CH. Chronic mucocutaneous candidiasis. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:S14-7.
- 24 Bahn SL. Glucocorticoids in dentistry. *JADA*. 1982;105:476-81.
- 25 Fatahzadeh M, Glick M. Stroke: epidemiology, classification, risk factors, complications, diagnosis, prevention, and medical and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006 Aug;102(2):180-91.
- 26 Santos MTBR, Haddad AS. Defeitos Físicos. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p.173-74.
- 27 Rose LF, Mealey B, Minsk L, Cohen W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *JADA*. 2002 Jun;133: S37-44.
- 28 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Doença cerebrovascular. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.279-83.
- 29 Ostuni E. Stroke and the dental patient. *JADA*. 1994;125:721-7.
- 30 Gonçalves AB, Chujfi ES, Magalhães JCA. Associação entre Doença Periodontal e AVC-I: Alerta Preventivo. *RGO, P. Alegre*. 2005;53(4):291-5.

CAPÍTULO III

DISTÚRBIOS COMPORTAMENTAIS

PARTE I

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

As desordens alimentares originam-se a partir de uma alteração no padrão, consumo e comportamento alimentar¹, apresentando causas subjacentes psicológicas e biológicas. Ao perder o controle da quantidade usual dos alimentos ingeridos, instala-se o transtorno alimentar, sendo a **anorexia nervosa (AN)** e a **bulimia nervosa (BN)** os principais tipos destes desvios².

O indivíduo anoréxico possui uma imagem distorcida do seu corpo^{3,4,5} e um intenso medo de ganhar peso^{2,5}. O paciente com BN apresenta-se, geralmente, com o peso corporal normal para sua idade^{2,6,7}, embora também possam insatisfação com imagem do corpo, assim como os anoréxicos^{2,4,7,8}. A BN caracteriza-se por dois momentos: compulsão alimentar e purgação. O primeiro momento é realizado secretamente, freqüentemente acompanhado por um sentimento de aversão ou vergonha, sendo que o indivíduo perde o controle sobre a ingestão dos alimentos. O segundo episódio, a purgação, é um método compensatório, ocorrendo através de indução de vômitos, uso excessivo de medicamentos, como laxantes e diuréticos, práticas de exercícios físicos e/ou jejum^{2,3,4,6,7,8,9}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável. O profissional pode designar um espaço para escrever observações complementares sobre o estado de saúde do atendido, coletando, por exemplo, informações sobre a aparência física (altura e peso corporal), história de dieta, mudanças de peso ao longo do tratamento, e dados sobre a personalidade do paciente^{3,8};
- Avaliar a presença de fatores de predisposição, precipitação e perpetuação dos transtornos alimentares:
 - Fatores predisponentes: gênero feminino; história familiar de desordem alimentar; personalidade perfeccionista; obsessividade; dificuldade de comunicar emoções negativas; dificuldade de resolver conflitos e baixa auto-estima;
 - Fatores precipitantes: mudanças no desenvolvimento, tais como desenvolvimento sexual e menarca; luta por independência e autonomia; conflitos de identidade; e situações que ameaçam a integridade física, como abuso sexual;
 - Fatores perpetuantes ou mantenedores: ganhos secundários à doença (afeto da família, vantagens materiais); e alterações fisiológicas, como aumento nos níveis de cortisol e hormônio liberador de cortisol, o que gera recusa alimentar, irritabilidade e diminuição da libido¹⁰;
- Averiguar a presença de sinais e sintomas manifestados pelo paciente anoréxico, como: amenorréia, pele seca e amarelada, intolerância ao frio e hipotermia, bradicardia, hipotensão, dor abdominal, desenvolvimento de lanugo (pêlos finos) no tronco, letargia e xerostomia^{2,5,6};
- Observar, ao exame intra-oral, a presença de sinais e sintomas relacionados ao comportamento alimentar dos pacientes bulímicos e anoréxicos purgativos, como: erosão dental (perimólise); hipertrofia das glândulas salivares; eritema da mucosa oral e sangramento gengival; queilite angular; traumas no palato; dor de garganta; xerostomia^{3,5-7,9}. Dentre os achados clínicos relacionados à erosão dental desses pacientes, pode-se encontrar: restaurações de amálgama

aparecendo como ilhas elevadas; bordas incisais finas ou fraturadas; mordida aberta anterior; perda de dimensão vertical; sensibilidade termal^{2,3,5,8,9};

- Considerando que o paciente não admitirá ser portador de um distúrbio alimentar, o CD deverá gradualmente estabelecer uma relação de confiança³, podendo seguir os seguintes passos⁸:

Passo 1: planejar um tempo suficiente para que as preocupações do CD possam ser expostas ao paciente;

Passo 2: selecionar um local apropriado (reservado) no consultório para conduzir a conversa;

Passo 3: iniciar uma conversa sem julgamentos, atentando à sua postura para não intimidar o paciente;

Passo 4: informar sobre os achados clínicos e questionar se o paciente pode contribuir na descoberta das causas destes problemas;

Passo 5: sugerir possíveis causas dos danos encontrados (doença de refluxo gastroesofágico, alcoolismo, tratamento com irradiação na região de cabeça e pescoço, uso de aspirina mastigável, enjôo matutino relacionado à gravidez, e consumo excessivo de comidas e bebidas ácidas);

Passo 6: introduzir a possibilidade de uma desordem alimentar;

Passo 7: perguntar ao paciente como ele se sente em relação ao seu corpo;

Passo 8: estabelecer os comportamentos alimentares do paciente;

Passo 9: apresentar as conclusões obtidas (relação do comportamento alimentar com os achados bucais) e pedir permissão para prosseguir com o tratamento;

- Encaminhar o paciente para uma equipe multiprofissional^{5,8,9}. O CD deve esclarecer que a opção por realizar o tratamento é uma escolha unicamente do paciente, deixando-o consciente da sua preocupação sobre as conseqüências de não tratar o distúrbio e suas manifestações⁸;

- Em casos de pacientes menores de idade, informar os pais ou responsáveis sobre a condição da criança e os possíveis prejuízos à sua saúde^{5,8};

- Planejar o tratamento de lesões existentes e prevenção de futuros danos⁸;

- Recomenda-se, inicialmente, a promoção de cuidados dentais paliativos⁵. O sucesso do tratamento requer a cessação do comportamento psicopatológico

(purgação)^{5,7,8,9}, por isso é importante a aceitação da desordem alimentar, o compromisso com a psicoterapia e o desejo do tratamento por parte do paciente⁹;

- Disponibilizar panfletos informativos sobre as desordens alimentares e suas conseqüências⁸;

- Estimular uma reeducação alimentar, desencorajando o uso de alimentos cariogênicos e erosivos, recomendando substituições com alimentos protetores, como queijo^{5,7,8};

- Revisar as práticas de higiene oral, instruindo o paciente sobre os métodos de escovação, ressaltando a importância de não realizar uma escovação horizontal vigorosa para evitar a potencialização do desgaste dentário⁸. Além disso, pode-se recomendar:

- Enxaguar a boca imediatamente após o vômito, com água mineral suavemente alcalina, bicarbonato de sódio ou solução de hidróxido de magnésio, o que neutralizará os ácidos estomacais^{5,7,8};

- Evitar a escovação dentária logo após o vômito^{5,7,8};

- Bochechar diariamente com fluoreto de sódio a 0,05% para auxiliar o fortalecimento do esmalte dentário^{5,8};

- Escovar a língua, a qual pode servir como reservatório de resíduos ácidos⁸;

- Beber água ao longo do dia para reduzir o conteúdo ácido na cavidade oral;

- Consumir gomas e pastilhas, especialmente as adocicadas com xilitol, para promover fluxo salivar^{7,8};

- Usar saliva artificial em caso de xerostomia^{5,7}.

- Os CDs devem reduzir o uso de materiais abrasivos em procedimentos profiláticos e de polimento. Recomenda-se o uso de uma pasta com flúor como material substituto⁸;

- Preparar-se para situações emergenciais é imprescindível, pois os pacientes com desordens alimentares apresentam risco potencial para síncope hipoglicêmica, cujas manifestações incluem: palpitações do coração, confusão mental, fadiga, irritabilidade, tontura, inconsciência e dor de cabeça. O CD deve possuir um kit emergencial no consultório, com fontes de carboidratos⁵;

- Realizar retornos regulares para monitoramento das lesões de tecidos duros e moles^{8,11}. Documentação periódica do peso corporal e observações clínicas são essenciais para o controle⁸.

PARTE II

AUTISMO

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

O autismo consiste em uma desordem complexa, severamente incapacitante¹²⁻¹⁴, caracterizada por alterações do comportamento relacionados ao convívio social, linguagem e limitações motoras^{6,13,15}. Os comportamentos mais facilmente perceptíveis associados ao autismo compreendem: atraso ou ausência total no desenvolvimento da fala; rejeição à interação social; comportamentos estereotipados como, por exemplo, agitar as mãos, correr em círculos, estalar os dedos, balançar-se, caminhar na ponta dos pés, acionar rapidamente interruptores de luz; agressividade e ataques de raiva^{6,14}; ecolalia — repetição do que é dito; automutilação, como arranhões, beliscões, mordidas, tapas na face e pancadas na cabeça^{6,14,16}; irregularidades no desenvolvimento intelectual; vocalizações bizarras¹⁴.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado por um responsável pelo paciente. O profissional pode designar um espaço para relatar observações complementares sobre o estado de saúde do atendido. É importante também registrar aplicações anteriores de métodos de condicionamento e averiguar experiências prévias de sedação e a presença ou não de intercorrências durante este procedimento. Conhecer as peculiaridades das ações e comunicação dos autistas auxiliará no tratamento^{12,15,16};

- Criar uma rotina de atendimento para o paciente autista, realizando várias visitas ao consultório antes de iniciar o tratamento³. Deve-se manter sempre o mesmo dia, horário e equipe profissional, uma vez que o paciente autista necessita de uma continuidade^{14,15};
- Realizar consultas curtas, bem estruturadas e evitar espera na recepção^{14,15};
- Utilizar comandos claros, curtos e simples, evitando palavras que provoquem medo^{14,15};
- Recomenda-se usar as técnicas: “dizer, mostrar, fazer”; controle de voz^{14,15}; reforço positivo (elogios imediatos e presentes ao final do tratamento)^{14,17}; contenção física com consentimento dos pais^{12,14,15};
- Evitar a técnica “mão sobre a boca” durante o atendimento do autista^{14,15};
- Priorizar a prevenção de patologias orais, realizando a orientação de higiene oral sempre na presença dos pais ou cuidadores^{14,15,17};
- Elaborar um plano de tratamento equilibrando os riscos e benefícios¹⁴, estando o CD consciente de que os dois maiores problemas das crianças com autismo no consultório odontológico são a falta de cooperação e a incapacidade para estabelecer uma interação adequada com o profissional¹⁷;
- Individualizar a abordagem, pois tratamentos que obtiveram um resultado positivo em um indivíduo autista podem ser ineficazes para outros^{14,15};
- Ignorar comportamentos inadequados do paciente, como a automutilação, a qual é geralmente realizada para atrair a atenção do CD e responsáveis e evitar procedimentos indesejáveis¹⁴. No entanto, se o comportamento automutilador persistir, a ajuda médica faz-se necessária;
- Reduzir a estimulação sensorial como luz forte, sons e odores, devido a grande sensibilidade do autista a estes estímulos^{14,15};
- Esquematizar as consultas odontológicas com figuras para, através da pedagogia visual, explicar as etapas do atendimento às crianças. O CD deve instruir os pais para que esta atividade seja realizada como uma forma de ensaio no lar. Isto exige a interação do dentista com uma equipe multiprofissional (psicólogo e pedagogo)^{14,18};

- Ter cautela ao prescrever medicamentos devido a possíveis interações com fármacos já utilizados pelo paciente¹⁷;
- O tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar é o mais recomendado quando não for conseguido o condicionamento do paciente para atendimento ambulatorial^{14,15}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin.* 2004; 31(4):173-6.
- 2 National Institute of Mental Health. What are eating disorders? NIH Publication. 2007. (07-4901).
- 3 Altshuler BD. Eating disorder patients: recognition and intervention. *JDH.* 1990 Mar/Abr:119-125.
- 4 Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clin.* 2004;31(4):154-7.
- 5 Gurelian JR. Eating disorders. *The Journal of Dental Hygiene.* 2002; 76(3):219-237.
- 6 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Cláudia Dornelles, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- 7 Gross KBW, Brough KM, Randolph PM. Eating disorders: anorexia and bulimia nervosas. *J Dent Child.* 1986 Set/Out:378-381.
- 8 Burkhart N, Roberts M, Alexander M, Dodds A. Communicating effectively with patients suspected of having bulimia nervosa. *JADA.* 2005 Ago;136:1130-7.
- 9 Bonilla ED, Luna O. Oral rehabilitation of a bulimic patient: a case report. *Quintessence Int.* 2001;32(6):469-75.
- 10 Silva ABB. Mentas insaciáveis. Anorexia, bulimia e compulsão alimentar: conheça o universo das pessoas que sofrem desses transtornos. Rio de Janeiro: Ediouro; 2005.
- 11 Willumsen T, Graugaard PK. Dental fear, regularity of dental attendance and subjective evaluation of dental erosion in women with eating disorders. *Eur J Oral Sci.* 2005;113: 297-302.
- 12 Campos CC; Haddad AS. Transtornos de comportamento e tratamento odontológico. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais.* São Paulo: Editora Santos; 2007. p.228-39.
- 13 Lowe O, Lindemann R. Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. *J Dent Child.* 1985 Jan/Feb:29-35.
- 14 Munaretto VCM. O autista e o tratamento odontológico [Monografia]. Goiânia (GO): Associação Brasileira de Odontologia seção Goiás. Especialização em Odontopediatria; 2002.
- 15 Klein U, Nowak AJ. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatr Dent.* 1998;20(5):312-7.
- 16 Holmes DS. Psicologia dos transtornos mentais. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2001. p. 337-343.
- 17 Chew LCT, King NM, O'Donnell D. Autism: the aetiology, management and implications for treatment modalities from the dental perspective. *Dent Update.* 2006 Mar; 33:70-83.
- 18 Backmann B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *J Dent Child.* 1999 Sep/Oct;66:325-331.

CAPÍTULO IV

DOENÇAS E CONDIÇÕES SISTÊMICAS

PARTE I

DIABETES MELLITUS

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

O diabetes mellitus (DM) é um conjunto de desordens metabólicas caracterizado, principalmente, por um quadro de hiperglicemia, resultante de uma alteração na secreção e/ou ação da insulina^{1,2,3}.

Quanto à etiologia, essa doença pode ter uma vasta classificação, destacando-se o DM tipo 1, tipo 2 e gestacional, mais freqüentes na população brasileira^{1,4}. O primeiro é resultante de uma insuficiência absoluta de insulina decorrente da destruição das células beta do pâncreas^{1,2,3}, desencadeando uma dependência à insulina exógena^{1,3,4}. Aproximadamente 90% dos casos de DM correspondem ao tipo 2^{1,5}. Os indivíduos acometidos podem apresentar resistência dos tecidos à ação da insulina^{1,2,4} e/ou diminuição dos níveis deste hormônio^{1,2}. O diabetes gestacional é uma desordem metabólica transitória, geralmente cessada no período pós-parto^{1,3}, caracterizada por uma hiperglicemia resultante de alterações na ação da insulina, provocadas por hormônios secretados durante a gravidez¹.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, atentando-se para os sintomas clássicos da doença: poliúria, polidipsia, polifagia, glicosúria e perda de peso. O profissional pode designar um espaço para relatar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Planejar o atendimento odontológico para o paciente com DM objetivando a implantação de medidas preventivas e a adoção de estratégias para o tratamento, considerando os problemas físicos e emocionais, assim como as peculiaridades fisiológicas e sociais do indivíduo²;
- Instruir o paciente com DM quanto à necessidade de alimentar-se e ingerir a medicação adequadamente antes da consulta odontológica, minimizando, assim, a chance de desenvolver processos hipoglicêmicos⁴;
- Pacientes com relatos de freqüentes mudanças no regime terapêutico necessitam de atenção especial²;
- Recomenda-se avaliar a taxa de glicose no sangue através de aparelhos denominados glicosímetros, os quais podem compor o kit de monitoramento do paciente que o CD deve adotar em seu consultório⁴;
- Adiar o tratamento odontológico eletivo de pacientes com níveis de glicose inferiores a 70 mg/dl e superiores a 200 mg/dl por conferirem risco ao sucesso do procedimento²;
- Recomenda-se realizar o atendimento desses pacientes no período matutino, momento em que os níveis de glicose encontram-se, geralmente, mais elevados^{2,5}, evitando consultas prolongadas que mantenham o indivíduo em longos períodos de jejum⁵;
- O uso de anestésicos locais com vasoconstritores adrenérgicos, como a epinefrina, é permitido nos pacientes diabéticos, desde que sejam aplicadas considerando a dose máxima permitida para o peso corporal do paciente, lentamente e após aspiração negativa⁵. A epinefrina possui efeito contrário à

insulina, por isso a necessidade de evitar a sua injeção diretamente na corrente sanguínea^{2,6};

- Interações podem ocorrer entre analgésicos/antiinflamatórios e os hipoglicemiantes orais dos pacientes diabéticos. O efeito hipoglicêmico das sulfoniluréias é potencializado, geralmente, pelo uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e antiinflamatórios não-esteróides (AINE's). Indica-se adotar o uso de paracetamol (Tylenol[®]) 500 miligramas (mg) em casos de dores leves e, em procedimentos invasivos, recomenda-se prescrever dexametasona ou betametasona em dose única de 4 mg⁶;
- É necessário, ainda, ao prescrever medicação, observar a presença de glicose na formulação da droga;
- Em pacientes descompensados, é necessário instituir uma profilaxia antibiótica (ver anexo 1), prévia ao procedimento, para evitar a bacteremia transitória que ocorre em procedimentos agressivos, devido à vulnerabilidade para infecções e resposta inflamatória acentuada nestes pacientes^{2,6};
- Situações de estresse e medo podem ser atenuadas pelo uso de benzodiazepínicos (midazolam, lorazepam) e/ou sedação com óxido nitroso e oxigênio, evitando situações emergenciais⁶;
- É fundamental o contato com o médico quando o paciente for submetido a um procedimento que alterará sua capacidade de alimentação, devendo, nestes casos, adequar a dieta e/ou medicamentos para prevenir complicações trans e pós-operatórias^{2,6};
- Como os pacientes com DM apresentam uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento da doença periodontal (independente da presença de fatores locais) e a xerostomia os predispõem a cárie dentária, é imprescindível ações de educação em higiene oral. O controle de placa efetivo é essencial para não exacerbar o risco dessas enfermidades bucais no paciente diabético. Pode-se indicar, como adjunto para prevenção dessas patologias, bochechos com clorexidina 0,12% e fluoreto de sódio²;

- Prescrever agentes estimulantes da saliva, como gomas de mascar com xilitol, ou ainda recomendar o uso de saliva artificial para aliviar os sintomas da xerostomia²;
- Atentar-se aos sinais vitais do paciente durante todo o procedimento, pois o indivíduo diabético apresenta risco de crises hipoglicêmicas^{2,4,5,6}, hiperglicêmicas⁴ e hipotensão ortostática²;
- Frente a um quadro de hipoglicemia (queda da concentração de glicose sangüínea, caracterizando-se por náuseas, diminuição da função cerebral, sudorese, taquicardia, aumento da ansiedade e, em graus mais elevados, inconsciência, convulsões, hipotensão e hipotermia): finalizar o atendimento, posicionar o paciente confortavelmente na cadeira e administrar carboidratos via oral^{6,7}. A insulina não deve ser administrada pelo CD. Caso não haja recuperação ou o paciente estiver inconsciente, socorro médico deve ser acionado e os sinais vitais monitorados⁶;
- Encerrar o atendimento imediatamente quando constatar-se uma crise hiperglicêmica (proveniente do aumento da concentração de açúcar no sangue, manifestando-se por pele seca e quente, hálito cetônico, respiração profunda e rápida, hipotensão e taquicardia). Neste caso, colocar o paciente em posição supina, monitorar os sinais vitais, administrar oxigênio e solicitar socorro do serviço de emergência⁷;
- A integração do CD com a equipe multiprofissional responsável pelo tratamento desse paciente é indispensável, uma vez que o DM tem uma grande repercussão sistêmica. A abordagem deve considerar a saúde integral do indivíduo².

PARTE II

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste em uma perda progressiva da função renal^{4,8}, acarretando uma diminuição da filtração glomerular^{4,8,9}. Alterações na mucosa bucal, como sangramento gengival em casos de disfunção plaquetária, podem ser encontrados nos pacientes portadores dessa desordem^{4,8,10}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Certificar-se do controle das alterações metabólicas do paciente com IRC antes de efetuar o plano de tratamento, sendo o contato com o médico essencial para este monitoramento^{4,10}. O tratamento do indivíduo afetado pode incluir restrições dietéticas, correções de complicações sistêmicas, diálises (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal⁸. O manejo odontológico deve ser ajustado de acordo com o estado clínico do paciente⁴ e o estágio do seu tratamento sistêmico;
- Não realizar tratamento odontológico no dia que o paciente for submetido à diálise para evitar problemas de sangramentos^{4,8,10}, uma vez que é administrado anticoagulante (heparina) durante este procedimento^{4,10};

- Adotar uma profilaxia antibiótica nos pacientes com IRC com doença inflamatória local intensa ou com necessidade de procedimentos cirúrgicos^{4,8,10}. Por ser não dialisável, a vancomicina pode ser utilizada para este fim, sendo necessária internação hospitalar¹⁰;
- Em pacientes que utilizam ciclosporina, nifedipina, entre outros medicamentos indutores de hiperplasia gengival, deve-se realizar um programa preventivo eficaz, através de orientações de higiene oral e um controle rígido no consultório odontológico, a fim de evitar o acúmulo de placa bacteriana que aumenta a predisposição à hiperplasia^{8,10}. Pode-se, ainda, contatar o médico do indivíduo afetado para avaliar a possibilidade de substituí-la por outra droga que não provoque hiperplasia gengival ou de reduzir a dosagem da medicação⁸;
- Evitar drogas nefrotóxicas e ajustar a dosagem dos fármacos conforme o grau de insuficiência do paciente^{4,8}. Assim, deve-se, se possível, não usar: tetraciclina^{8,10}; aspirina^{4,8,10}; antiinflamatórios não-esteróides como ibuprofeno (Advil[®])^{4,10} e naproxeno (Naprosyn[®])¹⁰. Medicamentos como amoxicilina, ampicilina, cefalexina e o aciclovir necessitam de um ajuste no intervalo entre as doses ou de uma dosagem reduzida⁸;
- Atentar para o estado geral de saúde do paciente e sempre estar em contato com o nefrologista do mesmo.

PARTE III

ANEMIAS

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

O termo anemia refere-se a distúrbios sangüíneos decorrentes da redução do número de eritrócitos, diminuição da concentração de hemoglobina e/ou níveis do hematócrito inferiores aos valores referenciais¹¹⁻¹⁴, ocorrendo uma diminuição do transporte de oxigênio pelo sangue¹¹. Estas alterações podem ser provocadas por perda, redução da produção ou aumento da destruição das células vermelhas sangüíneas^{12,14}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, atentando-se para a presença de história pregressa de algum distúrbio sangüíneo, incluindo a anemia¹⁴. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Solicitar exame complementar (hemograma completo) para certificar-se do estado de saúde do indivíduo e, conseqüentemente, garantir o sucesso do tratamento¹⁴;
- Elaborar o plano de tratamento do paciente anêmico baseando-se no seu quadro clínico. Antes de iniciar os procedimentos odontológicos, o CD necessita certificar se o paciente está em acompanhamento hematológico para controle da doença¹⁴;

- Averiguar se a anemia é secundária a um distúrbio sistêmico, sendo, nestes casos, indispensável a integração do CD com o médico do indivíduo^{4,14};
- Avaliar o risco do tratamento para o paciente. Indivíduos considerados de risco reduzido podem apresentar-se: assintomáticos, com anemia isolada ou desencadeada por doença sistêmica crônica e hematócrito estável superior a 30%; ou com histórico de anemia e hematócrito normal. São considerados de alto risco os pacientes com: hematócrito inferior a 30 %; quadros de sangramento; necessidade de transfusões sangüíneas freqüentes; ou anemias associadas à coagulopatias e doenças coronarianas¹⁴;
- Motivar o paciente e instruí-lo quanto às práticas de higiene oral, a fim de evitar instalação de doenças bucais^{4,15}, uma vez que indivíduos sistemicamente comprometidos estão mais susceptíveis a complicações¹⁵;
- Não são contra-indicados os tratamentos eletivos e de urgência para pacientes que apresentam baixo risco^{11,14}. Entretanto, em indivíduos de alto risco, as consultas programadas devem ser adiadas¹⁴, necessitando da atuação de uma equipe multiprofissional para estabilizar o estado clínico do paciente antes de iniciar os procedimentos planejados^{4,14};
- Evitar, para pacientes anêmicos não controlados (ASA III), o uso de sedação intravenosa e anestesia geral, devido à capacidade reduzida de transporte de oxigênio nestes indivíduos^{11,16}. Para a **anemia perniciosa** está contra-indicada a sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio, pois este sedativo produz uma deficiência de vitamina B₁₂ como efeito colateral¹¹;
- Realizar consultas de curta duração ao tratar portadores de anemia clinicamente estáveis^{4,14};
- Recomenda-se usar técnicas de sedação para reduzir o estresse, minimizando o risco de complicações¹⁴. Esta conduta deve ser especialmente adotada nos casos de **anemia falciforme**, pois o estresse durante a consulta pode desencadear uma crise falcêmica. Além disso, o CD deve estar atento para prevenção de fatores desencadeantes das crises álgicas, como infecção, exposição ao frio intenso e exaustão física. Estas crises são conseqüentes da

interrupção do fluxo sanguíneo pelas hemácias falcizadas, o que leva a uma isquemia e dor intensa¹⁶;

- Evitar o uso de anestésicos a base de prilocaína (Citanest[®] e congêneres) em pacientes anêmicos, principalmente no caso da **anemia falciforme**, devido ao fato de componentes deste sal anestésico provocar oxidação da hemoglobina¹⁷;
- Está contra-indicado ainda, nos indivíduos portadores de **anemia falciforme**, o uso de implantes, pois há possibilidade de complicações ósseas. Para a osteomielite, freqüente nestes indivíduos, a terapia antibiótica e cirúrgica deve ser adotada, podendo ser necessária a hospitalização do paciente¹⁶;
- Utilizar profilaxia antibiótica, adotando-se amoxicilina, clindamicina ou azitromicina, em procedimentos odontológicos cruentos para reduzir o risco de infecção secundária à bacteremia transitória desencadeadas nesses tratamentos. Esta conduta deve ser aplicada em pacientes imunologicamente comprometidos, como nos casos de **anemia falciforme e anemia aplástica**^{16,18};
- Não utilizar, nos casos de anemia, a dipirona como analgésico;
- Recomenda-se hospitalizar o paciente para realização de procedimentos cirúrgicos mais invasivos e extensos, como extrações múltiplas, cirurgias com retalho e exodontia de dentes inclusos¹⁴. Em indivíduos com **anemia aplástica**, a transfusão plaquetária é uma prática adotada previamente a exodontias quando a contagem de plaquetas apresenta-se inferior a 50.000/ μ L, sendo, portanto, importante o monitoramento do paciente em ambiente hospitalar¹⁸;
- Ter cautela ao manipular os tecidos moles e duros, com o intuito de minimizar danos à mucosa bucal¹⁶, os quais podem gerar ulcerações traumáticas persistentes devido ao retardo na cicatrização desses indivíduos¹⁴;
- Retornos periódicos podem favorecer o controle de condições bucais satisfatórias^{4,18}.

PARTE IV

HEMOFILIA

Cerise de Castro Campos
Gabriela Lopes Saddi
Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

A hemofilia A ou clássica é resultante da deficiência do fator de coagulação VIII, enquanto a hemofilia B, também denominada doença de Christmas, é causada por uma alteração qualitativa ou quantitativa do fator de coagulação IX. Ambas apresentam-se com maior prevalência no gênero masculino, uma vez que são transmitidas por um gene recessivo ligado ao cromossomo X^{4,19-21}. Essas deficiências ou ausências de elementos que atuam no processo de coagulação sanguínea podem resultar em defeitos na hemostasia^{19,20}. As manifestações orais clínicas são: petéquias e equimoses localizadas na superfície mucosa³; sangramento gengival prolongado, espontâneo ou provocado por traumatismos; e, raramente, hemartrose da articulação têmporo-mandibular¹⁹.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, incluindo perguntas sobre hemorragias, dificuldade de cicatrização e problemas de coagulação^{19,20}. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Anotar no prontuário odontológico todos os fármacos utilizados pelo paciente, pois geralmente ele encontra-se em terapia constante. É importante que

o CD tenha conhecimento sobre as atuais terapias médicas adotadas no tratamento dos pacientes hemofílicos. Usualmente, a hemofilia A pode ser tratada através da terapia de reposição do fator VIII com intervalo de 12 horas; agentes antifibrinolíticos como o ácido épsilon-amino-capróico (Ipsilon[®]) e o ácido tranexâmico (Transamin[®], Hemoblock[®])¹⁹⁻²¹; desmopressina (vasopressina sintética análoga que estimula o fator VIII); e terapia gênica¹⁹. Para hemofilia B, utiliza-se, geralmente, terapia de reposição do fator IX com intervalo de 24 horas^{19,20}. A desmopressina não é efetiva no tratamento do portador de hemofilia B¹⁹;

- O CD precisa estar consciente de que nem sempre o paciente responde positivamente ao tratamento de reposição do fator de coagulação, uma vez que 30% dos casos de hemofilia A severa e menos de 5% dos portadores de hemofilia B desenvolvem inibidores que inativam a função dos fatores repostos¹⁹;
- Privilegiar o tratamento odontológico eletivo, incluindo a participação do hematologista responsável pelo paciente²⁰. É necessário focar na prevenção e promoção de saúde, através de orientações de higiene oral e dieta, fluoroterapia, selantes e controles periódicos, a fim de reduzir a necessidade de tratamento odontológico^{19,22,23};
- Requerer, antes de iniciar qualquer tratamento em um paciente hemofílico, os seguintes exames laboratoriais: tempo de sangramento, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, contagem de plaquetas e testes específicos de fatores¹⁹⁻²¹. Esta conduta permite maior segurança ao profissional, minimizando os riscos de complicações;
- Aplicar o anestésico de forma lenta, ao realizar analgesia local²⁰, necessitando de cobertura com fator de coagulação nos casos de anestesia por bloqueio do nervo alveolar inferior e lingual. Para as terminais infiltrativas, como infiltração bucal, injeção intrapapilar e intraligamentar, não é requerida terapia prévia com reposição de fator²² caso os níveis dos fatores nos exames forem satisfatórios. As anestésias tronculares e bloqueios podem gerar hematomas²⁰ e devem, sempre que possível, serem evitadas;

- Realizar, em tratamentos não-invasivos nos pacientes com hemofilia leve a moderada, administração de agentes antifibrinolíticos¹⁹, como ácido tranexâmico (Transamin[®], Hemoblock[®]) e ácido épsilon-amino-capróico (Ipsilon[®])²⁴, sempre com o conhecimento do hematologista que assiste o paciente. A hemofilia severa requer atendimento em ambiente hospitalar e terapia de reposição do fator de coagulação, sendo imprescindível o contato com o hematologista para assegurar um bom prognóstico¹⁹;
- Não está contra-indicado o tratamento endodôntico, devendo-se, no entanto, evitar sobre-instrumentação e sobre-obturação²⁰. Recomenda-se a utilização de hipoclorito de sódio como solução irrigadora e pasta de hidróxido de cálcio²²;
- Planejar um tratamento invasivo ou cirúrgico sob uma condição que favoreça uma perfeita hemostasia²¹. Assim, além da requisição dos exames complementares e contato com o hematologista para escolha adequada da terapia prévia (geralmente agentes antifibrinolíticos e reposição do fator deficiente), necessita-se utilizar medidas para hemostasia local, como sutura e compressão, agentes químicos ou auxiliares da coagulação (como trombina, esponja de fibrina e anestésicos locais com vasoconstritor)¹⁹. É preciso, ainda, adotar algumas medidas de precaução como: remoção de fragmentos ósseos, reposição de tábuas alveolares linguais e vestibulares após exodontias, manejo cuidadoso de tecidos moles²¹;
- Evitar, durante a escolha da terapêutica, a prescrição de aspirina e seus derivados¹⁹⁻²¹, devido ao seu efeito antiagregante plaquetário²⁰. Nestes casos, pode-se optar pelo paracetamol para controle da dor¹⁹. Os demais antiinflamatórios não-esteróides também podem apresentar efeito similar ao da aspirina, não constituindo, portanto, opções satisfatórias para o tratamento desses pacientes²¹.

PARTE V

EPILEPSIA

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

A epilepsia consiste em um distúrbio neurológico, caracterizado por um conjunto de sintomas recorrentes resultantes de alterações na função cerebral, repercutindo momentaneamente na atividade motora, comportamental, sensorial e na consciência^{25,26}. Para se estabelecer o diagnóstico de epilepsia é necessária a ocorrência de, no mínimo, uma crise convulsiva^{25,27}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, registrando casos em que haja presença de um distúrbio epiléptico. Frequentemente indivíduos afetados relatam serem portadores da epilepsia, contribuindo com informações sobre o controle da doença e terapêutica medicamentosa²⁵. Entretanto, há pacientes que omitem sua condição durante o inventário de saúde por temerem inacessibilidade ao tratamento e preconceito⁴. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde destes indivíduos;
- Questionar o paciente sobre: época inicial da desordem; tipo; causas e frequência das crises convulsivas; o uso de medicamentos e acompanhamento para controle da doença; existência de fatores antecedentes a crise; data do último episódio^{4,25,26};

- Enfatizar a prevenção e promoção em saúde bucal, motivando o paciente a realizar um controle adequado do biofilme dentário. Desta forma, reduzem-se os riscos de alterações gengivais, às quais eles estão susceptíveis por estarem submetidos a terapias com anticonvulsivantes^{4,25,26,28,};
- Eliminar os fatores irritantes ao tecido periodontal, os quais podem agravar a hiperplasia gengival medicamentosa, através de substituição de restaurações deficientes, restaurações de lesões cáries e remoção de bandas ortodônticas. Ressecções cirúrgicas devem ocorrer somente em casos com prognóstico favorável^{2,4}. Recomenda-se a realização de raspagem, alisamento dental e profilaxia em retornos periódicos^{4,25,26,28,};
- Atuar com equipe multiprofissional priorizando a educação e acompanhamento precoces, a fim de se evitar e/ou controlar a ocorrência de hiperplasia gengival²⁸;
- Adiar as consultas eletivas de indivíduos com controle inadequado dos sintomas da doença ou em fase de adequação da terapêutica anticonvulsivante²⁶. Em alguns casos, é recomendado o uso de anticonvulsivantes adicionais ou sedação²⁵. Quando isto for necessário, recomenda-se, ainda, contatar o médico para otimizar a diminuição da ansiedade do paciente com segurança;
- Esclarecer os procedimentos a serem realizados ao paciente, com o intuito de minimizar o medo e a ansiedade, uma vez que o estresse é um fator desencadeante de uma crise epilética. É necessário, ainda, proteger o paciente da luz proveniente do foco da cadeira odontológica, a qual pode induzir uma convulsão^{4,25,};
- Adotar medidas de segurança a fim de evitar aspiração de instrumentos e/ou materiais odontológicos durante o ataque, devido ao risco do paciente desencadear uma crise epilética no consultório odontológico. Assim, recomenda-se o uso de isolamento absoluto e instrumentos presos com fio dental^{4,26,};
- Evitar próteses parciais removíveis e restaurações provisórias, e priorizar próteses fixas, restaurações permanentemente cimentadas, implantes e aparelhos ortodônticos fixos. Estas medidas minimizam a possibilidade de aspiração e/ou fraturas dos elementos^{4,25,26,};

- Conhecer a terapia medicamentosa utilizada pelo paciente para evitar interações indesejáveis com os fármacos prescritos na prática odontológica. O fenobarbital (Gardenal[®], Luminal[®]) e primidona (Primidon[®], Mysoline[®]) são drogas depressoras do sistema nervoso central, devendo-se evitar a prescrição de medicamentos que potencializem este efeito depressor²⁶;
- Estar preparado para situações emergenciais que podem ocorrer durante o atendimento do paciente com epilepsia. Conhecer o estado geral do paciente auxiliará o CD a diferenciar uma convulsão epiléptica de outras possíveis complicações como hipo ou hiperglicemia, hiperventilação, anoxia transitória, toxicidade do anestésico local com repercussão sistêmica e síncope^{4,25}. Em certos casos, o indivíduo pode comunicar ao CD o surgimento de sintomas prodromáticos da crise epiléptica, devendo o último interromper imediatamente o atendimento e posicionar o paciente no chão, afastando-o de objetos capazes de feri-lo²⁶. Quando a convulsão ocorre na cadeira odontológica, recomenda-se colocar o paciente em posição supina e protegê-lo contra injúrias, retirando objetos localizados nas suas proximidades^{4,25}. A convulsão pode prolongar-se por alguns minutos (de dois a cinco minutos), devendo o tratamento ser imediatamente interrompido para permitir total recuperação do paciente²⁶;
- Recorrer imediatamente ao socorro médico quando um ataque epiléptico perdurar por mais de cinco minutos^{4,25,26}, procedendo com o monitoramento dos sinais vitais até que o serviço acionado chegue ao consultório^{4,26}.

PARTE VI

CARDIOPATIAS

Cerise de Castro Campos

Gabriela Lopes Saddi

Marília Garcia Ferreira

O QUE É?

Os pacientes cardiopatas apresentam alterações de origem congênita (por exemplo, comunicação interatrial e interventricular, defeitos do septo átrio-ventricular, anomalia de artérias coronárias), ou adquirida (envolve, dentre outras, hipertensão arterial, coronariopatias, arterosclerose, arritmias, cardiomiopatias, insuficiência cardíaca congestiva). Estas últimas são mais freqüentemente encontradas em indivíduos adultos⁴.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, atentando-se à presença de alterações cardiovasculares. Quando relatada uma cardiopatia, a história médica pregressa deve ser detalhada, incluindo dados sobre cirurgias cardíacas, uso de medicamentos, uso de próteses cardíacas, episódios de angina do peito e infarto do miocárdio⁴. Para o registro destas informações complementares sobre o estado de saúde do paciente, o profissional pode designar um espaço no prontuário odontológico;
- Avaliar os sinais vitais, antes e após os procedimentos, em todas as consultas, registrando-os no prontuário odontológico. Esta conduta, além de assegurar o sucesso, garante uma relação de confiança entre as partes¹⁷;

- Planejar o tratamento odontológico de forma a evitar repercussões infecciosas, hemodinâmicas, arrítmicas e interações medicamentosas²⁹. Assim, consultas curtas e adoção de protocolos de redução do estresse previnem possíveis situações emergenciais, como angina do peito, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas (bradicardia sinusal e taquicardias ou palpitações) e crises hipertensivas arteriais^{17,30,31};
- Utilizar, para minimizar o estresse, sedativos pré e trans-operatórios, anestesia local potente e analgesia pós-operatória³⁰. A sedação consciente pode ser realizada pela inalação de óxido nitroso e oxigênio, ou através do uso de tranqüilizantes, como diazepam (Valium[®])³¹, o que ajuda a diminuir a descarga endógena de epinefrina, contribuindo para o equilíbrio hemodinâmico durante o atendimento³⁰;
- Considerar, durante a escolha do anestésico local, o tipo de comprometimento cardiovascular do paciente. Anestésicos locais contendo a epinefrina e seus derivados como vasoconstritor devem ser utilizados em quantidade mínima — no máximo dois tubetes com concentração 1:100.000^{30,31}, realizando-se aspiração negativa para certificar-se de que não haja injeção intravascular³⁰. Estas medidas, em pacientes que fazem uso de beta-bloqueadores não seletivos (por exemplo, propranolol), previnem crises hipertensivas⁶;
- Evitar, em pacientes com arritmias cardíacas, anestésicos contendo vasoconstritores do grupo das aminas simpatomiméticas (por exemplo, epinefrina, norepinefrina e levonordefrina). Recomenda-se, nestes casos, assim como para pacientes com histórico de infarto do miocárdio, a aplicação de anestésicos com o vasoconstritor felipressina, ou o uso de mepivacaína 3% sem vasoconstritor em procedimentos de curta duração¹⁷;
- Evitar a utilização da técnica anestésica intraligamentar, por gerar efeitos similares à injeção intravascular de anestésicos⁴, além de apresentar risco de endocardite bacteriana^{32,33};

- Indicar antibioticoterapia profilática para endocardite bacteriana, segundo a Associação Americana de Cardiologia (American Heart Association - AHA)^{34,35} (em anexo), para os pacientes que apresentam as seguintes condições:

Válvulas cardíacas protéticas ou material protético usado para o reparo de válvula cardíaca.

Endocardite bacteriana prévia.

Doença cardíaca congênita:

Doença cardíaca congênita cianótica não reparada, incluindo desvios e condutos paliativos.

Defeito cardíaco congênito reparado completamente com material ou dispositivo protético, quer posicionado por cirurgia ou por intervenção de cateter, durante os seis primeiros meses depois do procedimento.

Doença cardíaca congênita reparada com defeitos residuais no local ou adjacente ao local de uma placa ou dispositivo protético (o que inibe endotelialização).

Transplantados cardíacos que desenvolveram valvulopatias cardíacas.

- Atualizar-se constantemente para não cometer equívocos durante o atendimento, uma vez que, até o ano de 2007, o guia para prevenção de endocardite bacteriana da American Heart Association, publicado em 1997, incluía outros distúrbios cardíacos congênitos^{34,35};
- Aplicar a profilaxia antibiótica para “todos os procedimentos odontológicos que envolvam manipulação dos tecidos gengivais ou a região periapical dos dentes ou perfuração da mucosa oral”^{34,35};
- Motivar o paciente a manter hábitos de higiene bucal satisfatórios e realizar retornos periódicos para evitar a instalação de infecção, uma vez que a bacteremia transitória gerada após atividades diárias, como escovação e mastigação, oferece um risco maior à endocardite bacteriana do que a bacteremia desencadeada durante os procedimentos odontológicos^{34,35};
- Adiar, em pacientes recentemente infartados, as consultas eletivas até que se completem seis meses após o incidente^{4,17,31}, uma vez que o índice de mortalidade neste período apresenta-se elevado³⁰. Procedimentos de urgência necessitam ser realizados com acompanhamento médico em ambiente hospitalar^{4,17,30};
- Evitar a prescrição de antiinflamatórios não-esteróides em pacientes hipertensos que fazem uso de beta-bloqueadores (propranolol), hidroclorotiazida e inibidores de enzima conversora de angiotensina (captopril), pois pode haver

interferência no mecanismo de ação dos anti-hipertensivos, elevando a pressão arterial sistêmica⁶;

- Preparar-se para lidar com situações emergenciais quando atender pacientes cardiopatas. Desta forma, o kit de emergências no consultório odontológico deve conter vasodilatadores como nitroglicerina, anti-agregantes plaquetários como ácido acetilsalicílico 100 mg, e oxigênio^{7,17,30,31};

- Para **crises hipertensivas arteriais**: parar imediatamente a consulta, posicionar o paciente confortavelmente e avaliar os sinais vitais. Quando as alterações forem leves a moderadas, o CD deve procurar acalmar o indivíduo e encaminhá-lo ao médico. Em casos de crises hipertensivas arteriais graves, o socorro médico deve ser imediatamente acionado e os sinais vitais monitorados. **A administração equivocada de fármacos anti-hipertensivos pode agravar o quadro clínico do paciente, pois pode ocorrer uma hipotensão arterial brusca, colocando em risco a vida do indivíduo**¹⁷;

- Pacientes com arritmias cardíacas podem sofrer **bradicardia sinusal** (frequência cardíaca inferior a sessenta batimentos por minuto) devido ao uso excessivo de drogas antiarrítmicas ou pela injeção intravenosa acidental de anestésico local com norepinefrina. Nestes casos, o CD necessita solicitar socorro médico e monitorar os sinais vitais¹⁷;

- Estresse, sangramento, infecções e amins simpatomiméticas dos agentes anestésicos locais podem desencadear **taquicardia** (elevação da frequência cardíaca superior a cem batimentos por minuto) nos pacientes arrítmicos. Diante deste quadro, o procedimento deve ser finalizado e os sinais vitais avaliados. Ao constatar um pulso carotídeo irregular, o paciente deve ser encaminhado ao médico. Caso este sinal vital esteja regular, o CD deve tentar estimular o tônus vagal do paciente, oferecendo-lhe água gelada, realizando manobra de Valsalva (forçar a saída de ar com nariz e boca tampados), ou provocando o vômito. Quando houver sucesso na recuperação do paciente, recomenda-se encaminhá-lo ao médico para avaliação. Se a tentativa de recuperação falhar, os sinais vitais devem ser monitorados e o socorro médico solicitado. **A perda da consciência, nestes casos, requer a adoção de manobras de suporte básico de vida**¹⁷;

- O CD deve também estar preparado para situações de **angina do peito ou pectoris** que podem desenvolver no consultório odontológico. Esta cardiopatia consiste em uma dor na região do osso esterno, repentina, acompanhada de sudorese excessiva, apreensão, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial. A dor geralmente irradia-se para o braço esquerdo^{4,7,17}. Quando estes sintomas forem percebidos, o atendimento deve ser interrompido e o paciente colocado em posição confortável. O CD precisa administrar um vasodilatador coronariano, como nitroglicerina, via sublingual, além do oxigênio. **A dor pode durar de dois a três minutos, devendo o CD acionar o serviço de emergência e monitorar os sinais vitais caso não haja recuperação do paciente**^{7,17,31};
- O **infarto agudo do miocárdio** pode apresentar uma dor repentina semelhante à da angina do peito, no entanto de maior intensidade e duração^{4,7,17,31}. Neste caso, a sensação dolorosa não regride com o repouso e a administração de drogas vasodilatadoras. Assim, o atendimento também deve ser encerrado, e o paciente adequadamente posicionado e tranqüilizado. O CD precisa solicitar serviços médicos emergenciais, enquanto administra oxigênio, dois a três comprimidos de ácido acetilsalicílico 100 mg e monitora os sinais vitais do indivíduo. **Quando há parada cardiorespiratória, manobras de ressuscitação cardiopulmonar devem ser realizadas**^{4,7,17}.

PARTE VII

PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS POR MEDICAMENTOS: USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS

Cerise de Castro Campos

Bruna Borges Frazão

O QUE É?

O fenômeno conhecido como drogadição, nome dado ao consumo de drogas ilícitas, vem sendo muito comum no mundo ocidental³⁶. O usuário procura na droga sensações de bem-estar momentâneo, superação física e fuga³⁷, por estar insatisfeito consigo mesmo e apresentar baixa auto-estima³⁸. Os fatores que iniciam a drogadição geralmente são a curiosidade, seguida por problemas familiares e pela influência dos amigos e do meio social³⁶. Dentre as inúmeras substâncias psicotrópicas temos álcool, maconha, cocaína, crack, heroína, solventes, anfetaminas e os esteróides anabolizantes³⁷.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável, incluindo questões para investigar se o indivíduo faz uso de drogas, como: usa droga ou já usou?, que droga usa ou usava?, qual a frequência?, há quanto tempo usa?, compartilha o uso?, há quanto tempo parou de usar? quando foi a última vez que usou?, o que usou nas últimas 24h?^{37,39}. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde de seu paciente;
- Identificar que tipo de droga seu paciente é usuário:
 - Álcool: fala mole e arrastada, lento para andar, tonto;

- Maconha: fala mole e arrastada, lento para andar, tonto e com olhos vermelhos;
- Cocaína: fala acelerada, agitado, tenso, músculos travados, “fungando”;
- Anfetaminas: fala acelerada³⁹;
- Criar vínculo com o paciente para poder tratá-lo adequadamente³⁸;
- Os principais achados na boca de usuários de drogas e o tipo de conduta que deve ser instituída pelo CD são os seguintes, respectivamente:
 - **Xerostomia**: uso de saliva artificial e/ou lubrificante a base de água (KY®)³⁸;
 - **Cárie, perdas dentais, doença periodontal e gengivite**: orientar e motivar seu paciente a realizar a higiene oral, realizar raspagem e alisamento radicular³⁷;
 - **Problemas cardiovasculares**: não utilizar anestésicos locais com adrenalina, substituindo-os por anestésicos contendo mepivacaína a 3% sem vasoconstritor ou prilocaína a 3% com felipressina³⁷;
 - **Infecções oportunistas por cândida**: usar antifúngicos tópicos como nistatina ou cetoconazol³⁸;
- Usuários de álcool:
 - Orientar a fazer exames periódicos para prevenção do câncer bucal, pois têm risco aumentado em desenvolver lesões cancerosas³⁸;
 - Não prescrever enxaguatórios bucais que contenham álcool em sua composição, pois ele pode ingeri-lo³⁸;
 - Não prescrever ácido acetilsalicílico, pois pode gerar hemorragia³⁸;
 - Cuidado ao prescrever benzodiazepínicos, pois pode ocorrer potencialização dos seus efeitos³⁸;
 - Cuidado ao prescrever antimicrobianos como cetoconazol, metronidazol e algumas cefalosporinas, pois quando utilizados concomitantemente com o dissulfiram (medicamento usado para tratar alcoolismo), podem provocar uma hiperventilação e sensação de pânico no paciente³⁸.
- Usuários de maconha:
 - Orientar que evitem fazer uso da maconha pelo menos uma semana antes e logo após o tratamento odontológico, pois intervenções cruentas podem ser preocupantes, devido à diminuição transitória dos glóbulos brancos causada pelo

uso da droga. Mantendo-os em níveis normais, ocorre melhor o processo de reparação tecidual³⁸;

- Usuários de cocaína:

- Adiar tratamentos eletivos caso o paciente esteja sob o efeito da droga. Recomenda-se um período mínimo de 24 horas, pois esta droga pode causar morte súbita³⁷;

- Durante tratamento de indivíduos sob influência de cocaína, quando houver dor, deve-se utilizar anestésicos sem vasoconstritores ou prilocaína (Citanest®) com felipressina. Isto ocorre porque uma injeção intravascular acidental de anestésico local com vasoconstritor em um usuário de cocaína pode levar a uma crise hipertensiva³⁹;

- Usuários de heroína:

- Atentar-se para a ocorrência de sangramento trans e o pós-operatório, e a menor tolerância a dor³⁷;

- Ter cautela ao prescrever medicamentos por via oral como paracetamol e diazepam, pois podem ter início de ação retardada, uma vez que o esvaziamento gástrico é alterado, nesses pacientes³⁷;

- Usuários de solventes:

- Adiar tratamento eletivo e encaminhar o paciente para avaliação médica³⁷;

- Usuários de anfetaminas:

- Adiar tratamento eletivo caso o paciente apresente sinais de uso recente, principalmente se este é usuário de MDMA (metilenodioximetanfetamina), popularmente conhecida como “êxtase” ou droga do amor³⁷;

- Usuários de anabolizantes:

- Atentar-se para a possibilidade do paciente ter reações agressivas e hostis durante o tratamento odontológico pelas alterações comportamentais produzidas pela droga³⁷;

- Solicitar coagulograma antes de procedimentos cruentos, pois esta droga altera os fatores de coagulação, podendo provocar sangramento pós-operatório³⁷;

- Solicitar sempre que o paciente faça acompanhamento médico antes de iniciar o tratamento odontológico³⁷;

- Conhecer os efeitos dessas substâncias, suas interações com os fármacos utilizados na odontologia e o perfil de um paciente usuário de drogas para adotar condutas corretas durante o tratamento odontológico deste tipo de paciente^{36,37};
- Ter cautela ao prescrever medicamentos que possam fazer com que um paciente em recuperação ou abstinência possa ser induzido a voltar a se drogar. Para o viciado de heroína abstinência, por exemplo, não devem ser prescritos analgésicos opiáceos³⁹;
- Estar atento, pois estes pacientes podem estar contaminados pelos vírus da AIDS e/ou das hepatites e não relatarem ao CD por não saberem que são portadores destes^{36,37}.

PARTE VIII

PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS POR MEDICAMENTOS: LEUCEMIA

Cerise de Castro Campos

Bruna Borges Frazão

Liliane Assis Morais

O QUE É?

As leucemias são doenças neoplásicas que alteram as células hematopoiéticas resultando na proliferação invasiva de células malignas, sem competência funcional¹², na medula óssea e tecidos linfóides^{40,41}. Pode apresentar-se sob a forma aguda ou crônica, de acordo com seu curso clínico. Classificam-se histologicamente em linfocítica e não-linfocítica ou mielóide^{40,41}. Na dependência do tipo celular e do local onde é produzida podem ser de quatro formas: leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia linfocítica crônica (LLC), leucemia mielóide aguda (LMA) e leucemia mielóide crônica (LMC)⁴¹. A quimioterapia tem sido na maioria das vezes o tratamento de escolha para essa neoplasia, sendo que o paciente fica sujeito a vários efeitos colaterais. As drogas quimioterápicas atuam principalmente sobre as células tumorais, destruindo-as ou impedindo sua reprodução. Porém gera danos aos tecidos normais, principalmente nos de rápida divisão celular, como cabelos, mucosa oral e sistema hematopoiético. Afeta ainda as células do epitélio intestinal, pois não diferencia células neoplásicas das demais⁴².

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou seu responsável. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo. É necessário fazer uma avaliação do estado bucal do paciente, atentando-se para a necessidade de eliminação dos focos de infecção⁴⁰;
- Examinar tecidos moles, o periodonto e os dentes, bem como solicitar radiografias de toda a boca, incluindo áreas periapicais e terceiros molares⁴⁰;
- O tratamento odontológico inclui⁴⁰:
 - Reparar bordas agudas das restaurações;
 - Descontinuar uso próteses removíveis ou bandas ortodônticas;
 - Extrair terceiros molares parcialmente irrompidos;
 - Restaurar dentes cariados;
 - Eliminar doença pulpar;
 - Extrair dentes com prognóstico duvidoso ou com problema periodontal;
 - Fazer raspagem e polimento radicular;
 - Instruir quanto a higiene oral e utilizar fluoretos;
- O cuidado do paciente infantil depende do estágio do tratamento antineoplásico e o estado hematológico do paciente. A consulta com o hematologista deve ser realizada previamente a consulta odontológica, e após avaliação do hemograma⁴³;
- **Os exames hematológicos devem ser recentes;**
- Procedimentos dentários eletivos podem ser realizados quando a contagem de neutrófilos for maior que $1000/\text{mm}^3$ e de plaquetas for maior que $40.000/\text{mm}^3$. Os procedimentos dentais de emergência podem ser realizados a qualquer momento mediante consulta com hematologista, considerando a necessidade de infusão de plaquetas (contagem estiver abaixo de $40.000/\text{mm}^3$)⁴³;
- Instituir procedimentos dentais preventivos, incluindo escovação diária com escova extra macia e uso de fio dental, quando a contagem de neutrófilos for **maior** que $500/\text{mm}^3$ e a de plaquetas **maior** que $20.000/\text{mm}^3$. Para contagem de

neutrófilos abaixo de $500/\text{mm}^3$ e plaquetas abaixo de $20.000/\text{mm}^3$, recomenda-se higiene bucal com gaze ou esponja⁴³;

- Indicar a profilaxia antibiótica para pacientes com contagem de neutrófilos abaixo de $500/\text{mm}^3$ ou de leucócitos menos que $2000/\text{mm}^3$, para os que utilizam cateter venoso e para os que tomam drogas imunossupressoras a longo tempo⁴³;
- O tratamento da mucosite é paliativo. Pode-se utilizar anestésico tópico, benzocaína em orabase, compressas de gelo e analgésicos sistêmicos⁴⁴ e chá de camomila gelado⁴⁵;
- O laser de baixa potência tem sido utilizado com efetividade, promovendo analgesia e reparação das lesões⁴⁶;
- Prevenir a candidíase através de controle rigoroso da higiene bucal e uso de solução de bicarbonato de sódio⁴⁴.

PARTE IX

PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS POR MEDICAMENTOS: LÚPUS ERITEMATOSO

Cerise de Castro Campos

Paula Cristina de Oliveira Setúbal

Raquel Teles Alcântara

O QUE É?

O lúpus eritematoso é uma doença auto-imune, caracterizada pela produção de anticorpos contra componentes celulares⁴⁷. Essa desordem pode apresentar manifestações bucais específicas resultantes do processo da doença e dos medicamentos utilizados para controlá-la⁴⁸. Suas lesões geralmente acometem a pele, bem como a língua^{48,49}, lábios⁴⁹, palato⁴⁸ e mucosa bucal^{48,49}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou seu responsável, atentando-se para a história médica e outras características clínicas, além do exame histopatológico⁵⁰. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Atentar-se para o diagnóstico precoce, pois as manifestações bucais podem surgir antes das cutâneas⁵¹;
- Reconhecer achados comuns como ulcerações e xerostomia^{52,53};
- Solicitar exames para pesquisa de auto-anticorpos para diagnóstico diferencial com líquen plano e, se forem positivos, solicitar avaliação reumatológica para avaliar a presença de doença reumática^{54,55};

- Observar características do lúpus eritematoso discóide crônico, que podem assemelhar-se ao líquen plano, como: lesões bem delimitadas, aspecto branco, bordas pouco elevadas, periferia eritematosa, com ou sem ulcerações e estrias em estágios avançados^{49,56};
- Avaliar áreas avermelhadas, lisas e circunscritas, com ausência de papilas ou com placas brancas semelhantes à leucoplasia⁴⁹;
- Avaliar se os lábios estão cobertos por escamas ou crostas localizadas⁵⁷ e se há sensibilidade dolorosa. Se as escamas são removidas, ocorre sangramento na superfície⁴⁹;
- Atentar-se para lesões eritematosas no palato duro, característicos de lúpus eritematoso sistêmico. Não confundir com úlceras aftosas⁵⁸;
- Observar limitações dos movimentos dos maxilares e dor nos músculos da face, que ocorrem raramente⁴⁸;
- Orientar os pacientes sobre a importância de uma boa higiene oral, pois caso contrário, pode haver dificuldade na deglutição, fonação e limpeza química e mecânica dos dentes⁴⁸;
- Orientar a escovação para uma duração de dez minutos, alcançando as cinco faces dentárias e, se as gengivas sangram, devem ser mais escovadas⁴⁸;
- Evitar o dentífrício nas úlceras. Utilizar bicarbonato de sódio com uma escova extra macia⁴⁸;
- Instruir sobre o auto-exame de boca regularmente para constatar sinais e sintomas como alterações nas gengivas, mucosas, palato, e caso constatados, procurar um dentista⁴⁸;
- Saber informações relativas ao passado e presente da história médica, bem como das medicações, suas dosagens e efeitos colaterais⁴⁸;
- Atentar-se para possíveis interações medicamentosas com corticosteróides, antiinflamatórios não-esteróides (aspirina e dipirona), antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) e imunossupressores⁵¹;
- Evitar a prescrição de sulfas e penicilinas, que podem desencadear episódios ou agravar as manifestações já existentes⁵¹;

- Informar o médico de problemas dentários e os objetivos do tratamento para eventuais mudanças nas dosagens de esteróides em casos cirúrgicos e prescrição de antibióticos, para pacientes cardiopatas⁴⁸;
- Adiar ou interromper o tratamento em casos de crises do paciente⁴⁸;
- Evitar as cirurgias eletivas e realizar apenas as extrações dentárias extremamente necessárias⁴⁸;
- Evitar colas ou adesivos de dentaduras e enxaguá-las bem após o uso de limpadores⁴⁸;
- Marcar consultas regulares (três a seis meses) para manutenção da higiene oral, mantida pelo paciente entre as consultas⁴⁸.

PARTE X

GRAVIDEZ

Cerise de Castro Campos
Bruna Borges Frazão

O QUE É?

É um período de mudanças fisiológicas e psicológicas que afetam diretamente a saúde da gestante. Um grande número de alterações bucais pode aparecer neste período fazendo com que a gestante necessite de atendimento odontológico^{6,59}. Esse atendimento, se necessário, pode ser realizado em qualquer período da gestação, pois os prejuízos do não tratamento podem ser maiores que os causados pelo atendimento⁶⁰.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pela paciente, para avaliar o seu estado geral de saúde^{2,4} e identificar as necessidades odontológicas^{6,59}. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde da paciente no prontuário;
- Investigar se a paciente está indo às consultas do pré-natal, e caso não esteja, indicar que ela o faça⁶¹;
- Orientar a paciente quanto à dieta alimentar, e orientar e motivar a gestante a realizar adequadamente a higiene oral, para evitar gengivites, doença periodontal, cáries e até granuloma gravídico^{6,59};
- Realizar consultas curtas pela manhã, quando os enjôos são menos frequentes^{6,59,60};

- Orientar a gestante a fazer uma alimentação leve antes das consultas^{6,59};
- Monitorar constantemente durante o atendimento os sinais vitais (pulso, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura) da paciente⁶⁰;
- Prevenir a hipotensão postural^{6,59-62}, a partir do sexto mês de gestação, posicionando a paciente em decúbito lateral esquerdo ou elevando seu quadril direito com uma almofada de 10 centímetros. Ao fim da consulta, posicionar a paciente sentada por alguns minutos antes de ficar de pé, para prevenir tonturas⁶⁰;
- No primeiro trimestre, realizar profilaxia^{61,62}, eliminar focos infecciosos e realizar tratamentos restauradores básicos⁶²;
- No segundo trimestre, realizar procedimentos profiláticos, cirúrgicos, restauradores básicos e reabilitadores⁶², além de raspagem e alisamento radicular, endodôntias e exodontias, se necessário^{6,59}, este é o momento mais estável da gestação^{6,59-62};
- No terceiro trimestre, realizar profilaxia^{61,62}, procedimentos restauradores básicos e fluoroterapia⁶²;
- Grandes reabilitações e cirurgias muito invasivas devem ser programadas para depois do nascimento do bebê, se possível⁶⁰;
- Em casos de inflamação gengival, realizar tratamento periodontal básico para eliminação da inflamação e manutenção de boca sadia durante a gravidez⁶⁰;
- Na presença de granuloma gravídico, avaliar a necessidade de remoção cirúrgica⁶⁰, realizar apenas após avaliação da condição sistêmica da paciente^{6,59};
- As tomadas radiográficas podem ser realizadas em gestantes, desde que se avalie a real necessidade do exame radiográfico para o diagnóstico, proteja-se a gestante com avental de chumbo até a região das gônadas e com colar de tireóide, utilizem-se filmes ultra-rápidos que permitem menor tempo de exposição, evite-se erros técnicos durante a tomada radiográfica e o processamento do filme para que não seja preciso repetir^{60,62}, e se executem as tomadas radiográficas no segundo trimestre de gestação⁶⁰;
- Em caso de ocorrerem emergências médicas, o CD deve atuar de acordo com cada caso apresentado pela gestante:

— **Síncope**: colocar a paciente deitada do lado esquerdo, com a cabeça e o coração ao mesmo nível e as pernas elevadas, por cerca de 20 minutos, caso ela não melhore pode estar ocorrendo uma disritmia cardíaca, sendo necessário atendimento hospitalar^{6,59};

— **Eclampsia** (elevação da pressão e convulsões): levar a paciente o mais rápido possível para o hospital^{6,59};

— **Iminência de parto** (sangramentos, cólicas e ruptura da bolsa amniótica): deitar a paciente de lado, administrar oxigênio e fazer sua remoção para ambiente hospitalar. Em caso de pequenas contrações indolores deve-se apenas colocar a paciente deitada do lado esquerdo por alguns minutos^{6,59};

— **Parada cardiorrespiratória**: fazer ressuscitação, que em gestantes deve incluir deslocamento manual do útero gravídico para o lado esquerdo e a colocação de um travesseiro no lado oposto, faz-se então massagens cardíacas e insuflação de ar ou administração de oxigênio^{6,59};

- Medicamentos que podem ser prescritos para gestantes, sempre tendo em vista os riscos potenciais de teratogenia, principalmente nos três primeiros meses de gestação:

— **Antiinflamatórios**: em casos de cirurgias e tratamentos endodônticos invasivos que não puderam ser adiados, utilizar betametasona e dexametasona, em dose única de 4mg. Deve ser interrompido o seu uso oito semanas antes da data prevista para o parto^{6,60};

— **Analgésicos**: o de escolha é o paracetamol (500mg ou 750 mg de 6/6h, em caso de dor), podendo ser usado também durante a amamentação sem problemas ao recém-nascido, pois se encontra em pequenas quantidades no leite materno^{6,60};

— **Antibióticos**: os de escolha são as penicilinas, de preferência a penicilina V e a amoxicilina, pois são praticamente atóxicos e agem sobre a parede celular das bactérias, especificamente, não trazendo danos ao feto e/ou a gestante. Em caso de alergia a penicilina, é indicado utilizar estearato de eritromicina, ou cefalosporinas de primeira geração. Devido à alteração da farmacocinética das drogas na gestante, as doses de antibiótico devem ser dadas um pouco acima do

normal, pois há redução da concentração plasmática da droga, e em intervalos menores, devido à aceleração da excreção renal que dificulta a estabilidade da concentração da droga no plasma^{6,60};

— **Anestésicos locais, tópicos ou injetáveis:** a solução de escolha é a lidocaína a 2% com adrenalina (1:100.000), dose máxima de dois tubetes por sessão, realizando sempre aspiração prévia e injeção lenta da solução^{6,60}.

PARTE XI

PACIENTES IRRADIADOS EM REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

Cerise de Castro Campos

Bruna Borges Frazão

Liliane Assis Morais

O QUE É?

O principal tratamento dos cânceres de cabeça e pescoço é a radioterapia, que pode estar associada ou não à quimioterapia e à cirurgia, para a exérese do tumor⁶³. Os efeitos secundários do tratamento radioterápico são: mucosite radioinduzida, dermatite, xerostomia, perda do paladar, disfagia, trismo, cárie de radiação, candidíase e osteorradionecrose⁶⁴. Estes dependem da dose total, número de sessões e da área irradiada^{44,45}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Atuar em todas as fases da radioterapia contra o câncer, desde a fase preparatória, durante e após o tratamento, compondo a equipe multidisciplinar^{45,63,65,66};
- Na fase preparatória deve-se:
 - Realizar questionário de saúde completo, posteriormente assinado pelo paciente ou responsável. O exame clínico deve ser minucioso e deve-se solicitar os exames radiográficos necessários^{45,65}. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
 - Executar raspagem e polimento periodontal;

- Remover dentes com cáries extensas ou com doença periodontal avançada, com o menor trauma possível e antecedência mínima de 15 dias antes da radioterapia⁴⁵;
 - Instruir e motivar o paciente quanto à higiene oral^{45,65,66};
 - Realizar tratamento preventivo às infecções oportunistas;
 - Executar sessões de fluoroterapia⁶⁶;
 - Trocar as restaurações com bordas irregulares⁴⁵;
 - Restaurar as cavidades presentes⁴⁵;
 - No período radioterápico deve-se:
 - Reforçar as orientações sobre higienização bucal (escovação com escova macia e creme dental fluoretado após as refeições, e utilizar fio dental)^{45,67};
 - Introduzir o uso de flúor gel neutro 1% por quatro minutos ou fazer bochecho com flúor 0,05% três vezes ao dia, em pacientes dentados^{45,67};
 - Orientar que o uso de próteses parciais removíveis ou totais e de aparelhos ortodônticos deve ser evitado ou suspenso⁴⁵, e devem ser removidas toda a noite, higienizados e deixados em meio copo de água com uma colher de chá de bicarbonato⁶⁷;
 - A dieta deve ser baseada em alimentos mais macios e fáceis de engolir (como sopas, purês, gemadas, gelatina, iogurte, coalhada, etc.)⁶⁷;
 - Evitar alimentos ácidos e condimentados⁶⁷;
 - Molhar a boca com água freqüentemente (mantendo uma garrafa de água sempre a mão)⁶⁷;
 - É contra-indicado o uso de tabaco e álcool⁶⁷;
 - No período radioterápico e nos cinco anos seguintes os procedimentos de extração dentária são contra-indicados, os demais podem ser realizados⁶⁷.
- OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Recomenda-se muita cautela e o médico do paciente deve ser contactado, pois o risco de necrose é grande e, mesmo passado muitos anos do tratamento radioterápico, podem surgir complicações;**
- Caso surjam efeitos secundários ao tratamento radioterápico o CD deve atuar segundo cada caso:

- Mucosite radioinduzida: fazer bochechos com bicarbonato de sódio (na proporção de uma colher de sopa de bicarbonato em um litro de água filtrada ou fervida, cinco vezes ao dia)⁴⁵ ou leite de magnésia, e/ou com o uso de laser de baixa potência⁶⁵;
- Em casos de dermatite severa, contatar o médico do paciente para melhor assistí-lo⁴⁵;
- Xerostomia: usar saliva artificial^{44,65,68} uma colher de sopa antes das refeições ou sempre que sentir necessidade⁶⁵, ou usar soluções isotônicas, sialogogos, e citoprotetores⁴⁴, como a aminofostina⁴⁵, ou fazer uso de substâncias parassimpatomiméticas⁶⁸. Pode-se indicar também que o paciente carregue uma garrafa de água consigo para fazer uso quando achar necessário^{45,67};
- Perda do paladar: deve ser acompanhada por um nutricionista⁴⁴;
- Disfagia: determinar a via de alimentação mais indicada para o paciente (oral ou nasogástrica) o tipo e a consistência dos alimentos⁶⁹, encaminhar o paciente para reabilitação fonoaudiológica, que consiste em exercícios estimuladores dos tecidos laríngeos e faríngeos visando melhorar a deglutição⁶⁵;
- Candidose: usar antifúngicos tópicos como nistatina ou cetoconazol⁴⁴ ou usar antifúngicos sistêmicos como nistatina, anfotericina B, fluconazol e itraconazol⁶⁵. A nistatina suspensão pode ser administrada em dose de cinco mililitros (mL) a dez mL de solução, mantida na boca de um a dois minutos, após esse período bochechar por mais um a dois minutos e depois ingerir, usar quatro vezes ao dia, por sete dias a 14 dias^{45,70};
- Cárie de radiação: fazer aplicações tópicas de flúor gel 1%, em moldeiras próprias diariamente⁶⁵, fazer também bochechos diários com solução de flúor à 0,05%^{44,65}, fazer o controle mecânico da placa bacteriana e ter uma dieta menos cariogênica⁴⁴;
- Trismo: introdução de exercícios de relaxamento mandibular e massagens, além de exercícios de abertura e fechamento bucal, sendo 10 vezes para completar uma série e fazer cinco séries três vezes ao dia⁴⁵;

— Osteorradionecrose: uso de soluções antibióticas, aplicação de anti-sépticos, como clorexidina à 0,12% e analgésicos. Podem ser necessárias cirurgias para remoção de seqüestros ósseos⁴⁴;

- Após o tratamento radioterápico devem ser dadas as seguintes orientações ao paciente oncológico⁴⁴:

- Hidratar-se constantemente;

- Fazer exercícios de abertura e fechamento bucal;

- Evitar alimentos quentes e condimentados;

- Utilizar sempre escova macia para fazer controle da placa bacteriana;

- Usar solução tópica de flúor;

- O tratamento dentário deve ser o mais atraumático possível;

- No tratamento endodôntico as dificuldades encontradas podem ser: dificuldade com o isolamento e a abertura limitada da boca;

- **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Para pacientes que necessitam de exodontias, deve-se avaliar com o oncologista, bem como verificar a área irradiada e em caso positivo para extrações, que esta seja o menos traumática com alisamento das cristas ósseas;**

- Prevenir, reconhecer e tratar cada uma das seqüelas induzidas pela irradiação, visando melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico aumentando sua expectativa de vida^{45,65,66}.

PARTE XII

PACIENTES TRANSPLANTADOS

Cerise de Castro Campos

Liliane Assis Moraes

O QUE É?

A evolução das ciências médicas e recursos tecnológicos possibilitou a muitos indivíduos receberem transplantes de órgãos, ou transplantes de tecidos (medula óssea). Para não haver rejeição do transplante os pacientes são submetidos a uma terapia imunossupressiva por tempo indeterminado. Comumente são utilizadas drogas como: azatioprina (Imuram[®]), ou ciclofosfamida (Cytosan[®]), ciclosporina (Sandimmune[®]) e a prednisona¹⁰. A ciclosporina tem sido usada sozinha ou associada com outras drogas imunossupressoras para a prevenção da rejeição de transplantes de rim, fígado, pâncreas, medula óssea, intestino, coração e pulmão. Apesar de seu grande sucesso no tratamento de transplantados, estas drogas possuem muitos efeitos colaterais, como: nefrotoxicidade, aumento da predisposição as infecções bacterianas, fúngicas e virais. Pode ocasionar também alterações metabólicas (hiperglicemia, hipercolesterolemia). Na cavidade oral seu efeito mais notável, é a hiperplasia gengival⁷¹.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- O CD tem responsabilidade de diagnosticar e minimizar as lesões decorrentes da imunossupressão das drogas, contribuindo para melhorar a qualidade de vida destes pacientes⁷²;
- A raspagem radicular e polimento corono radicular dos dentes pode evitar o

tratamento cirúrgico das hiperplasias gengivais causada pela ciclosporina²⁸;

- Os pacientes transplantados devem ser investigados quanto aos medicamentos que estão tomando pelo CD¹⁰;
- Antes de procedimento odontológico invasivo deve-se consultar o médico^{10,73}, e exames laboratoriais recentes, como hemograma e coagulograma também são necessário⁷³, para averiguar o estado clínico que se encontra o paciente¹⁰;
- Deve-se acompanhar rigorosamente o paciente, com controle das cáries, doenças periodontais e qualidade da higiene bucal, além de avaliar a evolução das lesões de mucosa oral⁷³;
- Recomenda-se o uso de fluoretos em pacientes dentados nos casos de xerostomia, para evitar cáries relacionadas a hipossalivação. A utilização de hidrocloreto de pilocarpina que pode ajudar na melhora do fluxo salivar¹²;
- Alguns sinais e sintomas bucais requerem tratamento tópico com corticóides, bactericidas e antiinflamatórios⁷³;
- Os corticosteróides tópicos facilitam a cicatrização das ulcerações bucais associada com a doença do enxerto contra hospedeiro. Os anestésicos tópicos também são uma boa escolha para promover conforto ao paciente¹²;
- O uso simultâneo de eritromicina e ciclosporina é contra-indicado, pois a primeira aumenta a toxicidade da segunda, provavelmente pelo aumento da sua absorção. É contra-indicado também o uso concomitante de metronidazol e ciclosporina, pois o metronidazol reduz o metabolismo da ciclosporina, podendo resultar em nefrotoxicidade¹⁰;
- Tratamentos odontológicos eletivos devem ser avaliados e nos procedimentos de emergência que possam causar bacteremia recomenda-se o uso de profilaxia antibiótica⁷³, podendo-se prescrever 2g (gramas) de amoxicilina, 30 minutos ou uma hora antes do procedimento³⁵;
- Após procedimentos cirúrgicos o paciente deve ser atentamente acompanhado pelo risco que estes têm às infecções e é aconselhado a consultas freqüentes para profilaxia dentária¹⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de atenção básica, Brasília: Normas e Manuais Técnicos. 2006;(16).
- 2 Miley DD, Terezhalmi GT. The patient with diabetes mellitus: Etiology, epidemiology, principles of medical management, oral disease burden, and principles of dental management. *Quintessence Int.* 2005; 36(10): 779-95.
- 3 Selwitz RH, Pihlstrom BL. How to lower risk of developing diabetes and its complications: Recommendations for the patient. *JADA.* 2003; 134: 54-8.
- 4 Haddad AS, Castilho AL. Doenças sistêmicas crônicas. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais.* São Paulo: Editora Santos; 2007. p.263-76.
- 5 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Diabete Melito. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 115-27.
- 6 Andrade ED, Volpato MC, Ranali J. Pacientes que requerem cuidados adicionais. In: Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em Odontologia.* São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 138-41.
- 7 Malamed SF. *Medical emergencies in the dental office.* 5ª ed. St. Louis: Mosby; 2000.
- 8 Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res.* 2005; 84(3):199-208.
- 9 Fujimaki M, Rosa OPS, Torres SA. Microorganismos cariogênicos em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1998; 12(2): 149-58.
- 10 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Insuficiência renal crônica, diálise e transplante. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 251-60.
- 11 Meechan JG, Greenwood M. General medicine and surgery for dental practitioners: Haematology and patients with bleeding problems. *Br Dent J.* 2003; 195(6):305-10.
- 12 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 13 Rapaport SI. *Hematologia: introdução.* 2ª ed. São Paulo: Rocca; 1990.
- 14 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Anemia. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 199-207.
- 15 Rosa LJ, Magalhães MHCG. Aspectos gerais e bucais da anemia falciforme e suas implicações no atendimento odontológico. *Revista da APCD.* 2002; 56(5): 377-81.
- 16 Fanchin PT, Menoli APV, Gomes MAG, Fávero PR, Imparato JCP, Kozlowski Jr VA. β - Talassemia Major — Aspectos clínicos de interesse para a Odontopediatria. *Rev Ibero- am Odontopediatr Odontol Bebê.* 2004; 7(35); 42-54.
- 17 Andrade ED, Ranali J. *Emergências médicas em odontologia.* 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
- 18 Brennan MT, Sankar V, Baccaglini L, Pillemer SR, Kingman A, Nunez O, et al. Oral manifestations in patients with aplastic anemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo.* 2001; 92(5): 503-8.
- 19 Cerveró AJ, Roda RP, Bagán JV, Soriano YJ. Dental treatment of patients with coagulation factor alterations: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo.* 2007; 12: 380-7.
- 20 Prado MCP, Silveira FRX, Birman EG. *Hemofilia: Aspectos de interesse odontológico.* RPG (USP). 1994; 1(2): 32-5.
- 21 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Distúrbios hemorrágicos. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 208-24.
- 22 Brewer AK, Roebuck EM, Donachie M, Hazard A, Gordon K, Fung D, et al. The dental management of adult patients with haemophilia and other congenital bleeding disorders. *Haemophilia.* 2003; 9: 673- 7.
- 23 Harrington B. Primary dental care of patients with haemophilia. *Haemophilia.* 2000; 6(1):7-12.
- 24 São Paulo (Estado). Secretaria do Estado de São Paulo. *Qualidade e Resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais.* Cadernos de Saúde Bucal. São Paulo; 2005.
- 25 Jacobsen PL, Eden O. Epilepsy and the dental management of the epileptic patient. *J Contemp Dent Pract.* 2008 Jan; 9(1): 1-14.
- 26 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Convulsões. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 271-8.
- 27 Scorza FX, Albuquerque M, Arida RM, Cavalheiro EA. Alterações cardiovasculares e morte súbita nas epilepsias. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007; 65(2-B): 461-66.
- 28 Guimarães Júnior J. Hiperplasia gengival medicamentosa – Parte I. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2007;13(1):33-6.

- 29 Franken RA, Franken M. Avaliação de risco cardiovascular para procedimentos odontológicos. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2000; 10(3): 406-13.
- 30 Rose LF, Mealey B, Minsk L, Cohen W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke. *JADA*. 2002;133: S37-44
- 31 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Avaliação e tratamento do paciente com doença cardiovascular – Seção II. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996, p. 31-83.
- 32 Cavezzi Júnior, O, Zanatto ARL. Endocardite infecciosa: Odontologia baseada em evidências. *Odontologia Clin-Cientif*. 2003; 2(2): 85-94.
- 33 Veronese EL, Silva FBR, Silva-Netto CR. Profilaxia e ocorrência de endocardite bacteriana por procedimentos odontológicos: Uma revista da literatura. *Rev Fac Odontol Lins*. 1999; 11(2): 45-51.
- 34 American Heart Association. Prevention of infective endocarditis. *Circulation- Journal of the American Heart Association*. 2007; 116: 1736-54.
- 35 Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *JADA*. 2008;139:3S-24S.
- 36 Pedreira RHS, Remencius L, Navarro MFL, Tomita NE. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999;13(4):395-9.
- 37 Motta RHL, Ramacciato, Tófoli GR, Groppo FC. Tratamento odontológico de pacientes usuários de drogas. *J Bras de Cii Odontol Integ*. 2004;8(47):430-8.
- 38 Haddad DS, Haddad AS. Interação das drogas psicotrópicas com a odontologia: álcool, maconha, cocaína e crack. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 405-419.
- 39 Diogo S, Andrade M. Quando seu paciente é usuário de drogas. *Rev ABO Nac*. 2004;12(3):134-142.
- 40 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Doenças malignas do sangue. In: *Princípios e práticas de medicina oral: medicina de reabilitação*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p. 225-29.
- 41 Couto GBL, Carvalho AAT, Leão JC, Queiroz KT, Duarte RC. Prevalência de mucosite oral em pacientes portadores de leucemia. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002;5(25):241-45.
- 42 Santos VI, Anbinder AL, Cavalcante ASR. Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica. *Cienc Odontol Bras*. 2003;6(2):49-57.
- 43 American Academy of Pediatric Dentistry. [homepage na Internet; atualizada em 2000; acesso em 10 jul. 2008]. Guidelines for the management of pediatric dental patients receiving chemotherapy, bone marrow transplantation, and/or radiation. *Pediatr Dent Ref Manual*. Disponível em: <<http://www.aapd.org/pdf/manage.pdf>>.
- 44 Ferreira MCD, Santos PSS, Haddad AS. Condições sistêmicas: pacientes oncológicos submetidos a radioterapia e/ou quimioterapia. In: Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 391-404.
- 45 Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras*. 2005;38(2):107-115.
- 46 Kelner N, Castro JF.L. Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. *Rev Brasil de Cancer*. 2007;53(1):29-33.
- 47 Parham P. Imunidade mediada por células B e anticorpos. In: Parham P. *O sistema imune*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001. p. 191-2.
- 48 Dias NSL. Dental care and lupus. 1997. [homepage na internet; acesso em 27 mai 2008]: [aproximadamente 2 p.] Disponível em: <http://www.geocities.com/Thetropics/6230/dentes.html>.
- 49 Shklar G. Gengivite descamativa e doenças da mucosa bucal. In: Carranza, FA, Newman, MG. *Periodontia Clínica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 284-5.
- 50 Schiodt M, Holmstrup P, Dablesteen E. Deposits of immunoglobulins, complement and fibrinogen in oral lupus erythematosus, lichen planus and leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1981;51(6):603-8.
- 51 Gomes DQC, Pereira JV, Lins RDAU, Braz CF, Melo JPLC, Lucena KCR et al. Lúpus eritematoso: uma revisão literária. Junho, 2004. [homepage na internet, acesso em 27 mai 2008]. Disponível em: <http://www.patologiaoral.com.br>.
- 52 Tan EM, Cohen AS, Fries JF et al. The 1982 revised criteria for classification of SLE. *Arthritis Rheum*. 1982; 25(1):1271-7.
- 53 Ben-Aryeh, H, Gordon N, Szargel R. Whole saliva in systemic lupus erythematosus patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993; 75(6): 696-9.
- 54 Cossermelli W, Sampaio SAP, Manzione A. Lúpus eritematoso. São Paulo: Moreira Jr, 1978.
- 55 Mills JA. Systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 1994;330(26):1871-9.
- 56 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Lesões brancas: lupo eritematoso. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Medicina oral*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1986. p. 318-321.
- 57 Weinberg MA. Mucocutaneous features of autoimmune blistering diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1997;84(5):517-534.
- 58 Costallat LTL. Dúvidas sobre o lúpus. 2001. [acesso em 10 jan 2008] Disponível em: <http://www.lupusonline.com.br>.

- 59 Sposto MR, Onofre MA, Massucato EMS, Soares LF. Atendimento odontológico da paciente gestante: complicações e cuidados a serem adotados. *Odonto* 2000 – Odontol do Séc XXI. 1997;1(1):20-23.
- 60 Xavier HS, Xavier VBC. Cuidados odontológicos com a gestante. São Paulo: Editora Santos; 2004.
- 61 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Gravidez. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L, autores. Princípios e práticas de medicina oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.144-148.
- 62 Varellis MLZ. Gestantes. In: Varellis MLZ, autora. O paciente com necessidades especiais na odontologia: Manual prático. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 47-66.
- 63 Antonio AMMP, Maia FAZ, Dias RB. Reações adversas da radioterapia: cuidados pré, trans e pós-operatórios. *Rev Odonto*. 2001;19:12-8.
- 64 Scully C, Epstein JB. Oral Health care for the câncer patient – review. *Eur J Cancer Oncol*. 1996;32(5):281-292.
- 65 Castro RFM, Dezotti MSG, Azevedo LR, Anquilante AG, Xavier CRG. Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes, durante e depois do tratamento antineoplásico. *Rev Odontol UNICID*. 2002;14(1):63-74.
- 66 Silva FC, Rosa LT, Koga-Ito CY. Proteção alternativa aos efeitos da radioterapia em região de cabeça e pescoço. *Rev Odonto Ciênc Fac.Odonto PUCRS*. 2004;19(46):327-31.
- 67 Associação de Combate ao Câncer em Goiás - ACCG, Folheto Explicativo do Hospital Araújo Jorge, Serviço de Cabeça e Pescoço – Odontologia, 2007.
- 68 Signoretti GM, Trawitzki LVV. Sequelas da radioterapia e metas da atuação da fonoaudiológica no câncer de boca. *J Bras Fonoaudiol*. 2003;4(17):277-82.
- 69 Varellis MLZ. Conceituando o paciente com necessidades especiais. In: Varellis MLZ. O paciente com necessidades especiais na odontologia: Manual prático. São Paulo: Editora Santos; 2005. p. 461-70.
- 70 Andrade ED, Lopes MA. Tratamento de afta, herpes e candidoses. In: Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 211-16.
- 71 Ramalho VLC, Ramalho HJ, Cipullo JP, Burdmann EA. Hiperplasia gengival induzida por ciclosporina A. *Rev. assoc. med. bras*. 2003; 49(2):210-3.
- 72 Carvalho AAT, Figueira MAS, Melo SHL. Transplante renal: a influência da terapia imunossupressora na prevalência de manifestações estomatológicas. *Odontol clin científ*. 2003; 2(3):165-74.
- 73 Santos PSS, Lima RB, Magalhães MHCG. Doença do enxerto-contra-hospedeiro (DECH) em pacientes transplantados de medula óssea - relato de caso. *RPG Rev pós grad*. 2005; 12(4):506-11.

CAPÍTULO V

DEFICIÊNCIA MENTAL

*Cerise de Castro Campos
Paula Cristina de Oliveira Setúbal*

O QUE É?

A deficiência mental é uma condição caracterizada pela presença de um nível intelectual significativamente inferior à média e que tem seu início antes dos 18 anos de idade^{1,2,3,4,5}, além de limitações em pelo menos duas das seguintes áreas: cuidados pessoais, comunicação, atividades da vida diária, habilidades sociais/interpessoais, vida comunitária, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.^{3,5}

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado por um responsável pelo paciente, registrando no prontuário odontológico o uso de medicamentos como sedativos, ansiolíticos e anticonvulsivantes, os quais podem provocar xerostomia e hiperplasia gengival no paciente⁶. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Estabelecer laços de confiança e vínculo para evitar medo e insegurança⁷;
- Divulgar, a pais e educadores, meios de proteção à saúde bucal para o paciente⁷;
- Orientar a higiene oral do paciente e enfatizar a manutenção de uma boa saúde oral⁷, desde a mais tenra idade, prevenindo, assim, enfermidades bucais;

- Orientar a família quanto à higiene, que deve ser realizada após as refeições. Se necessário, pode-se utilizar escovas com adaptadores, dedeiras e passa-fio⁸;
- Instruir sobre a dieta, que deverá ser nutritiva, restringindo-se o consumo de açúcares e alimentos pastosos. As refeições devem seguir horários corretos e os medicamentos que possuam açúcar, devem ser administrados junto delas, salvo com contra-indicação médica⁸;
- Orientar o uso diário do flúor tópico em dentifrícios⁸ e, quando necessário, recomendar o uso de pequenas quantidades na escova, sob supervisão, para evitar ingestão pelo paciente;
- Indicar a escova elétrica para pacientes com falta de coordenação motora, por facilitar a remoção da placa bacteriana^{6,9}, bem como por ser um importante fator de motivação para o paciente;
- No atendimento odontológico, mostrar os procedimentos a serem realizados, através da técnica do dizer-mostrar-fazer, aos pacientes que não ofereçam resistência⁷ e que possuam boa cognição;
- Avaliar a necessidade de contenção física e/ou medicação sedativa e anestesia geral¹⁰;
- Atentar-se para cuidados especiais caso o paciente apresente comorbidades como febre reumática, cardiopatias e diabetes¹¹;
- Marcar as consultas de retorno em intervalos periódicos de 1,2,3,4 ou 6 meses, dependendo do risco às patologias bucais, para exame clínico e ênfase da prevenção¹¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Brasil. Decreto- lei nº3298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. [homepage na internet; acesso em 19 abr 2008]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3298.htm>.

2 Herrera SRA, Fernández LMM, Gutierrez GR, Boss JG. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. *Archivo Médico de Camagüey*. 2005; 9(2).

3 Haddad AS, Guare RO. Deficiência Mental. In: Haddad, AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 145-61.

4 Oliveira ACB. Atenção odontológica ao paciente portador de deficiência mental. *Revista Científica do Hospital Central do Exército*. 2006; (1):16-20.

5 Varellis MLZ. Deficiência Mental. In: Varellis MLZ. *O paciente com necessidades especiais na odontologia: Manual prático*. São Paulo: Editora Santos, 2005. p.151-62.

6 Soares CJ, Soares PCO. Avaliação da eficiência de escovas elétricas e manuais no controle de placa e gengivite em pacientes portadores de deficiência mental. *Revista Paulista de Odontologia*. 1999; (5).

7 Acosta A. Tratamiento de los niños com impedimentos físicos y mentales en el consultorio odontológico. *Unimetro*.1993; 9(17): 46-51.

8 ABRAOH. Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar. [homepage na internet; acesso em 15 mai 2008]. Disponível em: <http://www.abraoh.com.br/publicacoes/Pacientesespeciais.pdf>.

9 Carr MP, Streling ES, Bauchmoyer SM. Comparison of the interplak and manual toothbrushes in a population with mental retardation/ developmental disabilities. *Spec Care Dentist*. 1997;17(5):133-6.

10 Maas AMN. Dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista no atendimento à criança excepcional. [Dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Curso de Odontologia, 1980.

11 Correa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Livraria Santos; 1999. p. 650-9.

CAPÍTULO VI

DEFICIÊNCIAS SENSORIAIS

PARTE I

DEFICIÊNCIA VISUAL

Cerise de Castro Campos
Paula Cristina de Oliveira Setúbal

O QUE É?

A deficiência visual é definida como uma limitação da capacidade visual, que inclui os cegos totais, caracterizados pela ausência de percepção da luz, devido à falta de sensação ocular, e os portadores de visão sub-normal, que necessitam de esforço para enxergar os objetos e não conseguem observá-los nitidamente^{1,2,3,4,5,6,7,8}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Primeira consulta: apresentação do profissional e da equipe, do ambiente e de alguns instrumentos^{1,2,9};
- Estabelecer uma conversa com o paciente já na sala de espera, antes de tocá-lo^{2,7, 10,11,12};
- Não segurar o braço do paciente para conduzi-lo. Oferecer a mão é suficiente^{2,7,10,11,12};
- Orientar sobre o local de descanso de braço e das pernas e encosto da cadeira odontológica^{2,12};

- Orientar a higiene oral utilizando dedeiras de borracha e, em seguida, com a escova dental, ou com modelo de gesso e escova, com as mãos do paciente sobre as mãos do profissional, que realizará os movimentos^{4,13};
- Treinar e incentivar o uso do fio dental²;
- Interagir com o cuidador para uma atenção completa à saúde bucal⁹;
- Utilizar materiais lúdico-pedagógicos com o intuito de motivar e corrigir os hábitos bucais desses pacientes¹⁴;
- Realizar anamnese com perguntas sobre saúde geral e bucal, uso de medicamentos, origem da deficiência¹²;
- Conversar com o paciente se ele puder compreendê-lo, sendo que a presença dos pais pode auxiliar no estabelecimento de vínculo e confiança¹²;
- Descrever os instrumentos e a localização de equipamentos como foco de luz e cuspeira^{2,7,10,11,12,15};
- Deixar o paciente tocar os materiais e avisá-lo de possíveis ruídos, odores e gostos desagradáveis^{2,7,10,11,12,15};
- Realizar o exame clínico avisando de jatos de ar ou água e ruídos do motor^{7,10,11};
- Encaminhar para oftalmologista e/ou centros de atenção multidisciplinar pacientes que apresentem olhos vermelhos, lacrimejantes, esfregaço constante, formato e tamanho atípico de olhos¹⁶;
- Marcar consultas bimensais para profilaxia e reforço da prevenção¹⁶.

PARTE II

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Cerise de Castro Campos

Paula Cristina de Oliveira Setúbal

Raquel Teles Alcântara

O QUE É?

A deficiência auditiva é caracterizada pela incapacidade parcial ou total de se compreender a fala através do ouvido, variando em diferentes níveis e graus. Essa deficiência não se restringe às funções otológicas, podendo afetar o desenvolvimento da linguagem oral, da aprendizagem, bem como da personalidade e de suas relações sociais.^{2,17}

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar uma consulta com pais ou responsáveis primeiramente para obter informações necessárias acerca da melhor forma de comunicação¹⁷;
- Avisar a equipe da presença da condição do paciente para evitar constrangimentos¹⁷;
- Comunicar-se com o paciente através de intérprete de sinais, comunicação não-verbal (figuras, modelos, gestos, expressões faciais) ou leitura labial^{2,17};
- Permitir a presença dos pais durante o atendimento, o que pode reduzir a ansiedade e ajudar na comunicação com o paciente, além de incluí-los nas orientações de higiene oral²;
- Tranqüilizar os pais e pacientes através da explicação dos procedimentos^{2,17};
- Utilizar a técnica do dizer-mostrar-fazer, antes de se paramentar^{2,17};

- Pedir ao paciente para remover aparelhos auditivos, pois podem amplificar os sons^{2,17};
- Avisar dos odores, sabores, textura e temperatura diferentes dos materiais^{2,17};
- Preferir viseiras transparentes às máscaras convencionais devido ao bloqueio da visão^{2,17};
- Tranqüilizar os pacientes por meio de contatos físicos, como mão no ombro e aperto de mão^{2,17};
- Evitar variações de iluminação e movimentos bruscos para evitar medo e insegurança²;
- Determinar consultas de maior duração, com tempo adicional de 10 a 15 minutos¹⁷.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Rath IBS, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico para crianças portadoras de deficiência visual. Arquivos em odontologia, Belo Horizonte. 2001;37(2):183-8.
- 2 Ferreira MCD, Haddad AS. Deficiências sensoriais e de comunicação. In: Haddad, AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 253-61.
- 3 Silvério F, Santos JFF, Cunha VPP, Naressi WG. Ilumine um sorriso: materiais lúdico-pedagógicos para portadores de deficiência visual. Revista da EAP/ APCD. São José dos Campos, SP. 2001; 3(1).
- 4 Batista CG, Turrini CA, Moraes ABA de, Rolim GS. A odontologia e as pessoas com deficiência visual. J. Bras Odonto- psicol odontol pacientes espec. Curitiba, PR. 2003; 1(2): 170-4.
- 5 Miller SJH. Enfermidades dos olhos. 16ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1981.
- 6 Carvalho KMM, Gaspareto MERF, Venturini NHB. Visão subnormal. Rev. Benjamin Constant, 1995;1: p.12-3.
- 7 Engar RC, Stiefel DJ. Dental treatment of the sensory impaired patient. Seattle: University of Washington, 1977: 65p.
- 8 Kirk AS, Gallagher JJ. Educação da Criança Excepcional. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- 9 Goulart ACF, Vargas AMD. A percepção dos deficientes visuais quanto à saúde bucal. Arquivos em odontologia. Belo Horizonte, MG. 1998;34(2):107-119.
- 10 ABEDEV, adaptado de Atkinson R. Orientação no relacionamento com pessoas cegas. Rev. Benjamin Constant, 1995; 1: 31-2.
- 11 McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- 12 Turrini C, Picolini MAZ. Sugestões para o atendimento odontológico de clientes cegos. Apostila elaborada no Cepre- FCM- Unicamp, 1996.
- 13 Cohen S, Sanart H, Shalgi G. The role of instruction and a brushing device on the oral hygiene of blind children. Clin Prev Dent. 1991;13(4):8-12.
- 14 Setubal PCO, Saddi GL, Ferreira MG, Campos CC. Sinta, crie, invente. Para o deficiente áudio-visual, faça diferente! Jornada Universitária de Goiás (JUGO), 2007, Universidade Federal de Goiás. Goiânia: Anais JUGO. [homepage na internet; acesso em 15 mai 2008]. Disponível em: <http://www.odonto.ufg.br/uploads/files/Anais-JUGO-2007.pdf>
- 15 Guedes- Pinto AC. Odontopediatria. 4ª ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1991: 1075-80.
- 16 Batista CG, Enumo SRF. Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica: o caso da deficiência visual. In: Novo, HÁ, Menandro, MCS. (Org.) Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano. Vitória: UFES, Programa de Pós- graduação em Psicologia/ Capes- Proin, 2000. p. 157-174.
- 17 Rath IBS, Bosco VL, Almeida ICS, Moreira EAM. Atendimento odontológico de crianças com deficiência auditiva. Arquivos em Odontologia. Belo Horizonte, MG. 2002; 38(1): 27-33.

CAPÍTULO VI

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

PARTE I

ESQUIZOFRENIA

Cerise de Castro Campos
Raquel Teles Alcântara

O QUE É?

A esquizofrenia inclui uma variedade de doença psíquica com características comuns como acometimento precoce, dano cognitivo, desordens de raciocínio e anormalidades afetivas¹. Pacientes esquizofrênicos apresentam pobre saúde bucal relacionada a fatores psicossociais².

Esse transtorno é diagnosticado pela história pessoal e por resultados de exame geral médico e psicológico. O tratamento da esquizofrenia baseia-se no uso de drogas antipsicóticas e terapia psicossocial¹.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou seu responsável. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo, registrando, por exemplo, no prontuário odontológico, o uso de antipsicóticos e antidepressivos, medicações usualmente indicadas aos pacientes com esquizofrenia, e que têm como efeito colateral a xerostomia, a qual pode estar

associada às suas principais manifestações bucais: cáries, gengivites, glossites, estomatites, candidoses e parotidites agudas¹;

- Entrar em contato com o psiquiatra do paciente, quando necessário, em busca de informações sobre o estado psicológico e o regime de medicação^{3,4};
- Usar com cautela agentes anestésicos devido ao risco de interação com a medicação antipsicótica, a qual é depressora do sistema nervoso central⁵. Esta decisão deve ser tomada levando-se em consideração a dose necessária e a sensibilidade do paciente, lembrando sempre das doses recomendadas de anestésicos locais para procedimentos mais simples^{5,6};
- Dar preferência para próteses fixas mesmo se a higiene oral do paciente estiver comprometida⁷;
- Priorizar a educação em saúde e medidas preventivas, com utilização de evidenciadores de placa e motivação do paciente e membro da família e/ou cuidador;
- Indicar o uso de saliva artificial, agentes antimicrobianos e dentifrícios fluoretados;
- Recomendar consultas odontológicas periódicas, conforme o risco de cárie.

PARTE II

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

Cerise de Castro Campos

Raquel Teles Alcântara

O QUE É?

O transtorno obsessivo-compulsivo é o quarto transtorno psiquiátrico mais freqüente⁸, e tem dois componentes: o **obsessivo** pelas manifestações recorrentes de pensamentos, idéias ou imagens, sendo essas obsessões involuntárias, que resultam no componente **compulsivo** dessa desordem⁹.

Exemplos comuns de manifestações desse transtorno incluem constante lavagem de mãos, verificação de aparelhos domésticos (se estão ligados ou desligados), apego exagerado a regras rígidas, emissão de sons ou movimentos corporais repetidamente¹⁰.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou seu responsável, atentando-se para o fato de que, pelo medo de serem taxados “loucos”, os pacientes não relatam sua condição ao CD. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Atentar-se à preocupação excessiva do paciente com a limpeza, inclusive da cavidade oral, pois deve resultar em desgastes dentários e descamação gengival;
- Estar ciente de que o tratamento desse transtorno pode ser psicoterápico e/ou medicamentoso e inclui o uso de inibidores seletivos da recaptação da

serotonina, que geram: xerostomia, inquietação, sonolência em alguns, insônia e alto senso de energia, em outros^{11,12};

- Indicar a freqüente ingestão de água por dia e uma alimentação feita de pequenas refeições com intervalos de três em três horas¹²;
- Motivar o uso das drogas prescritas pelo médico, se for o caso, em doses e intervalos corretos¹². Afinal, a falta da medicação geralmente altera o comportamento do paciente psiquiátrico;
- O CD deve prestar atendimento de qualidade ao paciente com TOC, tendo conhecimento do transtorno e preparação para lidar com esses pacientes.

PARTE III

DEPRESSÃO

Cerise de Castro Campos
Raquel Teles Alcântara

O QUE É?

A depressão é um transtorno psiquiátrico que prejudica, por um longo período de tempo, o modo, os pensamentos e o comportamento do indivíduo depressivo, com prejuízo para a vida social¹³.

Experiências de vida estressantes têm papel importante na etiologia das queixas desses pacientes¹⁴. O quadro caracteriza-se por agitação, tristeza, ansiedade, perda de interesse pelas coisas de que gostava, sentimento de culpa, sofrimentos, afastamento social e sentimento de envelhecimento¹³.

O tratamento da depressão requer a combinação de medicamentos antidepressivos, os quais geram efeitos colaterais de importância odontológica, como xerostomia, alteração de paladar, doença periodontal, entre outros, além do tratamento psicoterápico¹³.

Por ser um transtorno muito comum, o CD deve estar atento aos sintomas e peculiaridade de pacientes depressivos, orientando-os a procurar ajuda médica.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Motivar o cuidado desse paciente com a própria higiene oral e corporal, que é geralmente insatisfatória.
- Orientar escovação e uso de fio dental freqüentemente, recomendar o uso de fluoretos e saliva artificial¹⁵;
- Ter cautela na prescrição de medicamentos que possam interagir com os antidepressivos, como anti-histamínicos e anticonvulsivantes¹⁵. Pacientes que

fazem uso de benzodiazepínicos podem apresentar hipotensão arterial momentânea (raramente), diminuição da frequência respiratória, confusão mental, visão dupla, dores de cabeça e dependência química em casos de uso prolongado¹⁶.

- Auxiliar na auto-estima do paciente, melhorando seu cuidado com a saúde bucal, e assim, sua qualidade de vida, para otimizar o tratamento medicamentoso e psicoterápico;
- Planejar atendimentos de curta duração e visitas trimestrais ao consultório.

PARTE IV

FOBIA

*Cerise de Castro Campos
Paula Cristina de Oliveira Setúbal
Raquel Teles Alcântara*

O QUE É?

A fobia é caracterizada por um medo incessante inexplicável, que leva ao descontrole razão/emoção frente a uma pessoa, objeto, situação ou lugar. A pessoa tem consciência da irracionalidade da situação, mas não possui controle consciente da mesma^{10,15}.

O CD frente a um paciente fóbico, que relatou sua condição desde a primeira consulta, deve saber se este está sob tratamento médico/psicológico e/ou se faz uso de alguma medicação.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Tranqüilizar o paciente através da verbalização, tentando mudar seu foco de pensamentos¹⁶;
- Usar pré-medicação para o controle dos episódios de ansiedade desses pacientes relacionados ao tratamento odontológico;
- Para adultos, o benzodiazepínico de escolha pode ser diazepam 5mg, de preferência, um comprimido uma hora antes do atendimento. Para os idosos deve-se optar pelo lorazepam 1mg, também uma hora antes dos procedimentos odontológicos³. Crianças podem ser submetidas à sedação inalatória com óxido nítrico, desde que o CD esteja apto a realizá-la¹⁷;

- Pedir, por escrito, que o paciente vá acompanhado ao tratamento odontológico e não dirija nenhum veículo quando a sedação oral necessitar ser realizada;
- Recomendar, por escrito, a não ingestão de bebidas alcoólicas após a sedação, devido à possibilidade de interação medicamentosa depressiva.

PARTE V

ANSIEDADE

Cerise de Castro Campos

Paula Cristina de Oliveira Setúbal

Raquel Teles Alcântara

O QUE É?

A ansiedade é uma situação normal a situações de estresse vividas por todo ser humano. No entanto, é caracterizada como doença a partir do momento que traz muito sofrimento para o indivíduo. Pacientes com essa desordem apresentam estado de preocupações excessivas e incontroláveis que prejudicam sua vida social, afetiva e econômica¹⁰.

Pessoas com ansiedade generalizada são tensas e dificilmente desligam-se de suas preocupações. Os sintomas físicos mais comuns incluem cansaço, irritabilidade, estresse muscular, enxaquecas e bruxismo¹⁰.

O estabelecimento de um protocolo específico é uma tarefa desafiadora, principalmente nos casos de ansiedade generalizada, pois além de técnicas e intervenções específicas do tratamento é necessária uma boa relação com o paciente. A aceitação do tratamento odontológico pelos pacientes com ansiedade exige o alívio dos principais sintomas dessa desordem.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Conversar com o paciente sobre diversos assuntos, tentando tranquilizá-lo e alterando o foco da consulta odontológica;
- Pode-se indicar para o paciente a prática de exercícios de relaxamento antes das consultas;

- Quando observado pelo CD o descontrole da ansiedade, pode-se proceder com a sedação medicamentosa, que se caracteriza pelo o uso de benzodiazepínicos, geralmente uma hora antes das consultas, como diazepam 5mg para adultos¹⁶;
- Em casos de insucesso e/ou contra-indicação da sedação medicamentosa, se habilitado¹⁸, o CD pode indicar a sedação inalatória com óxido nitroso¹⁷;
- Condicionar os pacientes ansiosos ao tratamento odontológico, com técnicas similares às usadas em Odontopediatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Chuong R. Schizophrenia. Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology. Medical Management Update. 1999; 88: 526-8.
- 2 Friedlander AH, Liberman RP. Oral Health Care for Patient with schizophrenia. Spec Care Dent. 1991; 11(5): 179-83.
- 3; Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. Dentistry & Medicine. JADA, 2002; 133: 603-10.
- 4; Friedlander AH, Mills MJ, Aummings JL. Consent for dental therapy in severely ill patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.1988; 65(2):179-82.
- 5 Goff DC, Baldessarini RJ. Drug interactions with antipsychotic agents. J Clin Psychopharmacol.1993; 13(1):57-67.
- 6 Chalmers JM, Kinsford SD; Carter KD. A multidisciplinary dental program for community living adults with chronic mental illness. Spec Care Dentist. 1998;18(5):194-201.
- 7 Griess M, Reilmann B Chanavaz M. Telescopic retained overdentures in mentally handicapped patients: necessity and challenge. Eur J Phothodont Restor Dent. 1998;6(3):115-20.
- 8 Del-Porto JA Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2001; 23:3-5.
- 9 Herren C, Lindroth J. Obsessive Compulsive Disorder: A Case Report. The Journal of Contemporary Dental Practice. 2001; 2(3):1-6.
- 10 Haddad AS, Napole RCO, Cillo J. Transtornos Psiquiátricos em Odontologia. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. Ed. Santos. São Paulo; 2007: 241-250.
- 11 Rauch SL, Jenike MA, Alpert NM, Baer L, Breiter HC, Savage CR, Fischman AJ. Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen 15-labeled carbon dioxide and positron emission tomography. Arch Gen Psychiatry.1994; 51 (1):62-70.
- 12 Silva ABB. Tratamento por merecimento: os medicamentos que ajudam no TOC. Mentas & Manias. Ed. Gente. São Paulo, 2004: 142-156.
- 13 Peterson D. Depression and Dental Health. Family Gentle Dental. Journal of Evidence Based Dental Practice.2003;3 (1):1-6.
- 14 Akil HA, Morano MI. Stress, In: Bloom FE&Kupfer DC.(eds.):Psychopharmacology: the Fourth Generation of Progress. Raven Press, New York; 1995: 773-85.
- 15 Varellis M LZ. Alterações psíquicas. O paciente com necessidades especiais na odontologia: Manual Prático. Ed. Santos, São Paulo, 2005; p.331-352.
- 16 Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em Odontologia: Procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 26-30.
- 17 Malamed SF, Clark MS. Nitrous oxide-oxygen: a new look at a very old technique. J Calif Dent Assoc. 2003; 31(6):458.
- 18 Brasil. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regulamento do exercício da odontologia. [Homepage na internet; acesso em 13 jul 2008]. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br/download/pdf/lei5081.pdf>>.

CAPÍTULO VII

DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

PARTE I

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

Cerise de Castro Campos

Liliane Assis Morais

O QUE É?

A doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é causada por um retrovírus que tem afinidade pelo receptor CD4 dos linfócitos T-auxiliares. O vírus entra no linfócito suscetível deixando-o sem função e interfere assim em número considerável de funções imunológicas do organismo humano. A interferência resulta em infecções oportunistas e no aparecimento de neoplasias raras^{1,2}. Algumas manifestações orais podem sugerir a infecção pelo vírus causador da AIDS³, sendo, portanto, essencial que o CD consiga reconhecê-las^{3,4}. Essas manifestações bucais podem constituir os primeiros sinais clínicos da doença e encontram-se relacionadas com a progressão da infecção pelo vírus⁵. A progressão para a AIDS ocorre geralmente em três fases: a fase de infecção primária, a fase assintomática e a fase de manifestações clínicas da doença. Entender esta evolução da infecção pelo HIV e a deficiência imunológica resultante é essencial para o CD, pois numerosas complicações surgem na cavidade oral. Nos estágios terminais da doença, estas manifestações são mais evidentes e freqüentemente graves⁶.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- O paciente que tem o diagnóstico da infecção pelo vírus HIV deve receber todas as informações necessárias relacionadas à doença, como evitar hábitos e vícios que podem diminuir a imunidade, quanto a dormir bem, se alimentar adequadamente, procurar evitar situações de stress e as formas de contágio da doença⁶;
- O tratamento da candidíase no indivíduo com AIDS pode ser feito com clotrimazol tópico. Os azóis sistêmicos (fluconazol, cetoconazol, itraconazol) também são indicados, principalmente para casos de comprometimento esofágico e pacientes que estão em terapêutica anti-retroviral efetiva. Quando os azóis sistêmicos falharem, pode ser indicado anfotericina B, se a condição física do paciente permitir¹;
- O eritema gengival linear pode responder bem a remoção da placa pelo CD, melhor higiene bucal e uso de bochecho de clorexidina 0,12%^{1,3}. Alguns casos respondem bem ao uso de antifúngicos sistêmicos (fluconazol ou cetoconazol)¹;
- O tratamento da gengivite ulcerativa necrosante e da periodontite ulcerativa necrosante se baseia no debridamento mecânico local, uso de solução antimicrobiana (clorexidina 0,12%), irrigação com iodo-povidona a 10%, acompanhamento de manutenção rígido e prolongado, boa higiene bucal e terapia com metronidazol¹⁻³ 500mg (um comprimido duas vezes ao dia, durante sete ou dez dias), clindamicina e amoxicilina³;
- Para combater infecções por vírus herpes simples (HSV), pode-se prescrever o uso de pomada aciclovir^{1,3} e para a infecção por herpes-zoster (VZV) o aciclovir intravenoso é recomendado¹;
- A leucoplasia pilosa oral não requer tratamento, o qual muitas vezes é realizado apenas por questões estéticas^{1,3}. O uso do aciclovir tem surtido efeito significativo, mas recorrências ocorrem quando o tratamento é interrompido. Os medicamentos tópicos com retinóides ou pedofilina resinosa resultam em remissão temporária¹;

- O tratamento do sarcoma de Kaposi geralmente é paliativo, uma vez que não é conseguida total regressão do neoplasma. Pode ser feito radiação¹ ou quimioterapia sistêmica. Nas lesões orais pode ser realizada injeção intralesional com um quimioterápico (vimblastina)^{1,3} e de um esclerosante (sulfato de tetradecil de sódio)¹. Ainda, nas lesões orais problemáticas, pode-se executar cirurgia^{1,3}, crioterapia, ablação com laser ou eletrocirurgia¹;
- O linfoma não-Hodgking pode ser tratado com quimioterapia juntamente com radioterapia para controle local da doença¹;
- A terapia das ulcerações aftosas com corticosteróides tópicos potentes (elixir de dexametasona) tem surtido efeito^{1,3}, mas invariavelmente há recorrências ou não há resposta ao tratamento. Em casos mais severos, podem-se prescrever corticosteróides sistêmicos, como a prednisona³, atentando-se para a possibilidade de depressão imune posterior¹;
- Alguns procedimentos odontológicos mais extensos no paciente infectado pelo vírus HIV requerem a profilaxia antibiótica (2g amoxicilina, 30 minutos ou uma hora antes da intervenção⁷), bem como a determinação do estado imunológico^{2,8}, da carga viral, da contagem de plaquetas (nos procedimentos que causam sangramentos)² e da cuidadosa história médica⁸;
- Os procedimentos cirúrgicos odontológicos são contra indicados se a contagem de plaquetas for inferior a 20.000 células/mm³;
- O plano de tratamento odontológico para os indivíduos com AIDS deve ser o mais simples, atendendo as necessidades e expectativas do paciente. Faz-se necessário a explicação de que a higiene oral é importante para evitar o surgimento de lesões e infecções, que podem afetar o estado de saúde geral do indivíduo⁹.

PARTE II

HEPATITES VIRAIS

Cerise de Castro Campos
Bruna Borges Frazão

O QUE É?

As hepatites virais são infecções sistêmicas causadas por vírus hepatotrópicos que acometem primariamente as células do fígado e secundariamente vários órgãos¹⁰. Existem vários tipos de hepatite a depender do vírus que compromete o fígado, temos hepatites A, B, C, D, E, F e G¹¹. A importância das hepatites virais para odontologia reside nos problemas que elas podem trazer ao atendimento odontológico quanto ao controle de infecção, aos problemas potenciais de sangramento que o paciente pode apresentar, e a intolerância à algumas drogas prescritas pelo CD¹⁰.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou seu responsável. Deve-se investigar quanto ao passado de icterícia ou hepatite, uso de drogas ilícitas, prática sexual sem uso de preservativos, transfusões de sangue ou se faz hemodiálise, presença de tatuagens e piercings, além de saber sobre as condições de saneamento básico de sua residência¹². O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado geral de saúde do indivíduo;
- Adiar tratamento dentário eletivo até a remissão da infecção, e pacientes com esclerótica amarela ou com icterícia devem ser encaminhados para tratamento médico^{13,14};

- Observar necessidade de profilaxia antibiótica¹⁵;
- Solicitar coagulograma e hemograma completo antes de realizar procedimentos invasivos^{14,15};
- Prescrever medicamentos de maneira criteriosa a esses pacientes, devido à dificuldade de seu fígado metabolizar algumas drogas – principalmente os hepatopatas crônicos^{14,15};
- Controlar as possibilidades de infecção cruzada, como de rotina¹⁵;

PARTE III

TUBERCULOSE

Cerise de Castro Campos

Bruna Borges Frazão

O QUE É?

Doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Sua transmissão geralmente ocorre pela disseminação de aerossóis de gotículas contendo o bacilo. A tuberculose pode ser primária ou secundária¹⁶. As lesões orais causadas pela tuberculose geralmente ocorrem na infecção secundária, porém não são freqüentes. Podem ser lesões granulomatosas, nodulares, ulceradas ou uma lesão leucoplásica¹¹, geralmente são lineares e indolores, mas podem apresentar um centro purulento. Acometem gengiva, lábios, amígdalas, alvéolos dentários e palato mole, mais freqüentemente, e também podem aparecer no canto da boca¹⁷. A biópsia é necessária para diagnóstico definitivo de lesões bucais causadas por tuberculose^{11,17}.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado pelo paciente ou seu responsável, atentando-se para as drogas usadas na terapia contra tuberculose e seus efeitos colaterais para poder cuidar integralmente de seu paciente¹⁴. O profissional pode designar um espaço para registrar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo;
- Realizar tratamento odontológico normal com os mesmos cuidados gerais de biossegurança e esterilização^{14,17};

- Controlar o risco de infecção cruzada, como de rotina^{14,17};
- Caso o paciente apresente manifestação bucal da doença o CD deve:
 - Fazer a remoção cirúrgica das lesões bucais da tuberculose;
 - Observar se o paciente está seguindo a terapia antibiótica específica;
 - Tomar cuidados para prevenir a disseminação;
 - Encaminhar o paciente para acompanhamento médico¹¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Infecções virais. In: Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.225-39.
- 2 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Síndrome da imunodeficiência adquirida. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípios e práticas de medicina oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 429-33.
- 3 Reznik DA; International AIDS Society – USA. Oral manifestations of HIV Disease. Top HIV med. 2005;13(5):143-8.
- 4 Guerra LM, Pereira AC, Hebling E. *et al.* AIDS em crianças: um novo desafio para o cirurgião-dentista. J.Bras. Clin. Odontol. Int 2004. 8(47):440-5.
- 5 Souza EHA, Lima Junior MAV, Cassundé MFP. Comportamento dos cirurgiões dentistas de clínicas odontológicas da cidade de Recife frente à epidemia de AIDS. Rev ABO Nac. 2004 fev/mar;12(1):42-8.
- 6 Boulos M. Síndrome da imunodeficiência adquirida. In: Todescan FF, Bottino MA. Atualização na clínica odontológica: a prática da clínica geral. São Paulo: Artes médicas; 1996. p. 793-99.
- 7 Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. JADA.2008;139:3S-24S.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 [acesso em 12 jul. 2008]. Disponível em:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/manual_conduta_odonto.pdf>.
- 9 Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV AIDS. Rev odonto ciênc Fac Odonto/PUCRS. 2005; 20(49):281-89.
- 10 Ortega KL, Medina JB, Magalhães MHCG. Hepatites virais. [acesso em: 24 set. 2008]; [aproximadamente 38 p]. Disponível em: <<http://www.cape.fo.usp.br/arquivos/HEPATITES%20VIRAIS.pdf>>.
- 11 Krahembühl SMBA, Franco F, Haddad AS. Doenças infectocontagiosas. In: Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. São Paulo: Editora Santos; 2007. p. 363-9.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. Hepatites Virais: o Brasil está atento, Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2002. p.1-24.
- 13 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Hepatite. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípios e práticas de medicina oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.185-190.
- 14 Forni TIB, Soares MC. Caderno de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. São Paulo; 2004. p.49-57.
- 15 Ortega KL, Medina JB, Lotufo MA, Magalhães MHCG. Manejo clínico ambulatorial do paciente portador de hepatite viral. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2005;59(5): 390-3.
- 16 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Infecções bacterianas. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.167-9.
- 17 Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Tuberculose. In: Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípios e práticas de medicina oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.165-172.

CAPÍTULO VIII

SÍNDROME DE DOWN

Cerise de Castro Campos

Liliane Assis Morais

O QUE É?

A síndrome de Down (SD) foi descrita por Langdon Down em 1866 como sendo a causa genética mais freqüente de retardo mental e é resultante da presença de cromossomo 21 extra. A ocorrência desta trissomia está fortemente relacionada com a idade materna avançada¹. O diagnóstico do recém-nascido é feito através da presença de sinais cardinais, que ocorrem em 45% dos casos, como hipotonia muscular, prega palmar transversa única, sulco entre o hálux e o segundo artelho, pele abundante no pescoço, fenda palpebral oblíqua e face achatada. A investigação cuidadosa para confirmar a SD, inclui a procura por sinais auxiliares, como: epicanto, micrognatia, nariz pequeno, ou ponte nasal achatada e orelhas displásicas²⁻⁴. Ainda pode ser verificado nestes indivíduos hipotonia muscular, pregas epicântecas dos olhos, cardiopatias congênitas^{4,5}, comprometimento intelectual, occipital achatado, mãos largas e dedos curtos, clinodactilia do quinto dedo, baixa implantação das orelhas, braquicefalia (diminuição antero-posterior da cabeça), baixa estatura, esterilidade⁵, pescoço largo, instabilidade atlanto-axial e hipotireoidismo congênito⁴.

CONDUTA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

- Realizar um questionário de saúde minucioso, posteriormente assinado por um responsável pelo paciente. O profissional pode designar um espaço para relatar observações complementares sobre o estado de saúde do indivíduo, como,

por exemplo, registrar a existência de comprometimentos sistêmicos (cardiopatias, alergias e problemas endócrinos), comuns nos indivíduos acometidos pela SD⁴;

- Verificar uso de medicamentos que possam interferir no tratamento odontológico⁴;
- Informar sobre hospitalizações e cirurgias anteriores do paciente, verificando traumas e experiências anteriores desagradáveis⁵;
- Encaminhar o paciente ao médico mediante a suspeita de alguma alteração sistêmica notada na entrevista⁴;
- Atentar-se ao exame físico para evidências de maus tratos, abandono ou negligência⁶;
- Usar técnicas no atendimento dos pacientes com SD semelhantes às utilizadas em Odontopediatria, como: moldagem ou modelagem do comportamento, reforço positivo, técnica do dizer-mostrar-fazer, dessensibilização^{7,8} verbalização contínua, imitação, competição⁸ e controle de voz⁷;
- Ter cautela ao manipulá-los devido à instabilidade da articulação atlanto-axial na coluna cervical, evitando hiperextensão afim de não traumatizar a medula e/ou nervos periféricos;
- Observar também variações de temperatura, sudorese, atentando-se para apnéias e paradas respiratórias⁴;
- Ter como princípio a promoção da saúde, priorizando meios e métodos preventivos a saúde bucal dos pacientes com SD desde a mais tenra idade⁶, sendo esta interessante antes do primeiro ano de vida⁷;
- Realizar exames clínicos periódicos e controle radiográfico¹⁰;
- Orientar a família sobre a importância de uma boa higiene oral e da utilização diária do fio dental¹⁰. Observar a quantidade de pasta com fluoretos, pois há o risco de deglutição;
- Falar aos pais do atraso da erupção de dentes nestes pacientes¹⁰;
- Em caso de necessidade de realizar-se profilaxia antibiótica antes de intervenções cruentas (raspagem subgengival, endodontia, exodontia e

restaurações utilizando matriz), administrar antibiótico uma hora antes do procedimento odontológico¹¹ segundo recomendações da AHA, 2008 (em anexo);

- Fazer abordagem das maloclusões e estímulo fonoaudiológico precoce¹², com exercícios de fisioterapia e terapia ocupacional, para facilitar o crescimento e desenvolvimento psicomotor¹⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lejeune MJ, Gauthier M, Turpin R. Les cromossomes humains en culture de tissues. *Comp Rend Acad Sci. Paris* 248(1):602-603.
- 2 Fourniol AF. *Pacientes especiais*. São Paulo: Santos; 1998.
- 3 Gonzalez CH. Anormalidade clínicas devidas aos autosomos. In: Mancondes E. *Pediatria Básica*. 8ª ed. São Paulo: Savier; 1991, p. 538-585.
- 4 Mustacchj Z, Rozone G. *Síndrome de Down: Aspectos clínicos e odontológicos*. São Paulo: CID Editora; 1990.
- 5 Pires CCC, Silva FA, Netto JV. *Síndrome de Down: Implicações odontológicas e possibilidades terapêuticas*. Anais do II Congresso Brasileiro e I Encontro Latino-Americano sobre síndrome de Down; Brasília; 1997.
- 6 Serra CG. A promoção da saúde para pacientes especiais: obstáculos e desafios. *Jornal da ABOPREV*. 1996.
- 7 Santos MTBR, Haddad AS. Planejamento e viabilização do atendimento do paciente com necessidades especiais In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia Arte e Conhecimento*. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica; 2003. p. 269-94.
- 8 Tollendal ME. *Psicologia em odontopediatria*. Rio de janeiro: Artes Médicas; 1985.
- 9 Araújo NCBI. Prevalência de cárie dentária em crianças portadores de Síndrome de Down na faixa etária de 0 a 60 meses. *J Bra Odontopediatr Odontol Bebe*. 2000; 3(12): 147-57.
- 10 Haddad AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos; 2007.
- 11 Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *JADA*.2008;139:3S-24S.
- 12 Campos CC. *Contagem e identificação de estreptococos do grupo mutans em crianças com Síndrome de Down [dissertação]*. Goiânia: Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás; 2001.

ANEXOS

Tabela 1 – Regime adotado para profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos, segundo a Associação Americana de Cardiologia (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008)¹.

SITUAÇÃO	FÁRMACO	REGIME: DOSE ÚNICA 30-60 MINUTOS ANTES DO PROCEDIMENTO	
		ADULTOS	CRIANÇAS
ORAL	AMOXICILINA	2 GRAMAS	50 MILIGRAMAS POR QUILOGRAMA
IMPOSSIBILITADOS DE TOMAR MEDICAÇÃO ORAL	AMPICILINA OU CEFAZOLINA ou CEFTRIAXONA	2g IM* ou IV [†] 1g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV 50 mg/kg IM ou IV
ALÉRGICO A PENICILINAS OU AMPICILINA ORAL	CEFALEXINA ^{‡§}	2 g	50 mg/kg
	OU CLINDAMICINA	600 mg	20 mg/kg
	OU AZITROMICINA ou CLARITROMICINA	500 mg	15 mg/kg
ALÉRGICO A PENICILINAS OU AMPICILINA ORAL E IMPOSSIBILITADOS DE TOMAR MEDICAÇÃO ORAL	CEFAZOLINA ou CEFTRIAXONA [§] OU CLINDAMICINA	1g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV
		600 mg IM ou IV	20 mg/kg IM ou IV

*IM: intramuscular
[†]IV: intravenoso
[‡]Ou outra cefalosporina oral de primeira ou segunda geração em dosagem para adulto ou criança equivalente.
[§]Cefalosporinas não devem ser usadas em uma pessoa com histórico de anafilaxia, angioedema, ou urticária com penicilinas ou ampicilina.

Fonte: Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. JADA.2008;139:3S-24S.

Tabela 2 – Medicamentos utilizados por alguns PNEs.

MEDICAMENTO	NOME GENÉRICO	NOME COMERCIAL	ATENÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO
<i>Anticonvulsivantes</i> (usado em casos de epilepsia por neurologistas e para estabilizar o humor por psiquiatras)	FENITONÍNA (Hidantoína)	Dantalin [®] Epelin [®] Fenital [®] Feniton [®] Funed [®] Fenitoína [®]	Pode causar hiperplasia ou sangramento gengival, cicatrização demorada, leucopenia. A eritromicina, a rifamicina, a doxicilina e o paracetamol alteram o efeito da fenitoína.
	CARBAMAZE-PINA (também antipsicótico e usado em casos de criança com regressão de linguagem)	Hidantal [®] Carbazol [®] Carmazin [®] Convulsan [®] Tegretard [®] Tegretol [®] Tegrex [®] Tegresin [®]	Pode causar sangramento gengival, cicatrização demorada, amigdalite, ulcerações na boca. Pode ocorrer leucopenia ou trombocitopenia. Ação e efeitos tóxicos aumentados com claritromicina, eritromicina e propoxifeno. Interege com doxicilina, rifamicina e midazolam.
	ÁCIDO VALPRÓICO	Depakene [®] Depakote [®] Valpakine [®] Valprene [®]	Pode causar sangramento gengival espontâneo, cicatrização demorada. Interfere na agregação plaquetária. Pode ocorrer leucopenia. A rifamicina diminui a concentração sérica do ácido valpróico. Interege com ácido acetilsalicílico (AAS).
	CLONAZEPAM	Clonotril [®] Navotrax [®] Rivotril [®] Uni Clonazepax	Pode ocorrer aumento de salivação.
	FENOBARBITAL	Edhanol [®] Gardenal [®] Luminal	Pode causar hiperalgesia (sensação de dor muito grande); diminui a ação do paracetamol, metronidazol, cloranfenicol e corticosteróide. A doxicilina e tetraciclina sofreriam degradação acelerada.
	PRIMIDONA	Mysoline [®] Primidon	Diminui a ação de cloranfenicol. A doxicilina e tetraciclina sofreriam degradação acelerada.
<i>Antidepressivos</i>	PAROXETINA	Aropax [®] Pondera [®]	Pode causar diminuição do fluxo salivar (sensação de "boca seca"). Obs.: <ul style="list-style-type: none"> AAS aumenta o efeito tóxico da paroxetina. A imipramina pode aumentar os efeitos pressores de vasopressores (epinefrina, norepinefrina, levonorepinefrina) de anestésicos locais.
	FLUOXETINA	Daforin [®] Defrax [®] Eufor [®] Fluxene [®] Prozac [®] Verotina [®] Nortec [®]	
	IMIPRAMINA (Usado para alívio de sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade)	Imipra [®] Imipramine [®] Tofranil [®] Depramina [®]	
<i>Antipsicóticos</i>	HALOPERIDOL (controle de tiques)	Haloperidol [®] Haldol [®]	Pode alterar fluxo salivar, causar sangramento gengival, cicatrização demorada. Podem ocorrer leucopenia e efeitos extrapiramidais (movimentos involuntários orofaciais, prejudicando ajustes oclusais e tratamento de bruxismo).
	RISPERIDONA	Risperdal [®]	Pode alterar fluxo salivar. Podem ocorrer contrações involuntárias da língua, face, boca e mandíbula. Pode ocorrer diminuição moderada de neutrófilos e/ou trombócitos.
<i>Psicoestimulantes</i>	METILFENIDATO (a mais usada e a única disponível no Brasil)	Ritalina [®]	"Boca seca"; as crianças tratadas com esse medicamento podem não crescer no ritmo esperado.

