



Fundamentos para Atenção à Pessoa com Deficiência e Grupos Especiais

Fundamentos para Atenção à Pessoa com Deficiência e Grupos Especiais

Cristiane Ribeiro Salmon

Alessandra Nogueira Porto Neves

© 2018 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação e de Educação Básica

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Danielly Nunes Andrade Noé

Grasiele Aparecida Lourenço

Isabel Cristina Chagas Barbin

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Silvana Pasetto

Editorial

Camila Cardoso Rotella (Diretora)

Lidiane Cristina Vivaldini Olo (Gerente)

Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)

Letícia Bento Pieroni (Coordenadora)

Renata Jéssica Galdino (Coordenadora)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Salmon, Cristiane Ribeiro

S172f Fundamentos para atenção à pessoa com deficiência e grupos especiais / Cristiane Ribeiro Salmon, Alessandra Nogueira Porto Neves. – Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018.
200 p.

ISBN 978-85-522-0755-9

1. Necessidades Especiais. I. Salmon, Cristiane Ribeiro
II. Neves, Alessandra Nogueira Porto. III. Título.

CDD 610

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2018
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Introdução ao estudo da atenção odontológica para PCD	7
Seção 1.1 - Conceito e classificação de PCD para odontologia e situações clínicas especiais na assistência odontológica. Distúrbios neuropsicomotores	9
Seção 1.2 - Pacientes sistemicamente comprometidos e suas implicações na assistência odontológica	23
Seção 1.3 - Anomalias congênitas e a odontologia	40
Unidade 2 Abordagem odontológica e manejo de PCD	61
Seção 2.1 - Possibilidades de assistência odontológica à PCD	63
Seção 2.2 - Adequação do plano de tratamento odontológico à pessoa com deficiência - PCD	76
Seção 2.3 - Urgências e emergências durante o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais	90
Unidade 3 Envelhecimento humano e saúde do idoso	109
Seção 3.1 - Fisiologia do envelhecimento: teorias do envelhecimento humano; legislação da pessoa idosa: cartilha do idoso; delegacias do idoso; Estatuto do Idoso; aspectos psicológicos no atendimento ao paciente geriátrico	111
Seção 3.2 - Odontologia geriátrica: abordagem dos problemas clínicos de idosos e avaliação sistêmica do paciente idoso	123
Seção 3.3 - Odontologia geriátrica: medicamentos e nutrição do idoso; métodos de comunicação com o idoso e seu cuidador	137
Unidade 4 Fundamentos para atenção ao idoso e ao paciente especial	151
Seção 4.1 - Alterações bucais decorrentes do processo de envelhecimento humano: repercussões das condições biossomáticas e sistêmicas na saúde do sistema estomatognático; interferências na condição clínica	153
Seção 4.2 - Abordagem e manejo do paciente idoso; aspectos psicológicos interferentes no tratamento odontológico	167
Seção 4.3 - Medidas preventivas e autocuidado, terapia de suporte e preservação de paciente idoso	179

Palavras do autor

Caro aluno, seja bem-vindo à disciplina Fundamentos para Atenção ao Idoso e ao Paciente Especial. A importância dos cuidados na odontologia para com os pacientes especiais e pessoas com deficiências (PCDs) envolve o conhecimento do cirurgião-dentista frente aos problemas psicossociais que possam interferir no processo de colaboração do paciente com a assistência odontológica. Esses pacientes constituem um grupo que pode ser considerado de alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais, de acordo com o tipo de patogenia sistêmica. Nesta disciplina, serão abordados conteúdos relacionando às PCDs, ao idoso e à odontologia. O objetivo é oferecer ao aluno uma visão geral das peculiaridades dos pacientes com necessidades especiais, compreendendo o nível de complexidade compatível com o atendimento integral e, por fim, fornecer os conhecimentos dos aspectos do envelhecimento que possibilitem a realização de tratamento e procedimentos odontológicos nos pacientes idosos.

Na Unidade 1, aprenderemos sobre PCD, os conceitos, as características, as implicações na assistência odontológica dos pacientes sistemicamente comprometidos e sobre as anomalias congênitas e a odontologia. Na Unidade 2, abordaremos as possibilidades de assistência odontológica às PCDs, assim como a adequação do plano de tratamento para esses pacientes e as intercorrências de urgência e emergência que podem ocorrer durante o tratamento odontológico. Na Unidade 3, iniciaremos o estudo sobre o envelhecimento humano e a saúde do idoso. Aprenderemos como abordar importantes temas, como a fisiologia do envelhecimento, a legislação e os aspectos psicológicos voltados ao atendimento do paciente idoso e a abordagem dos problemas clínicos, os medicamentos, a nutrição e a comunicação com o paciente e seus cuidadores na odontologia geriátrica. Na última unidade desta disciplina, a Unidade 4, trataremos especificamente da saúde do idoso, para conhecer as alterações bucais no envelhecimento, a abordagem e o manejo adequado ao idoso e as medidas preventivas e terapia de suporte para garantir a saúde do paciente durante o processo de envelhecimento.

Caro aluno, é muito importante que você acompanhe todo o conteúdo do livro didático e busque se aprofundar em cada assunto, utilizando as referências apresentadas ao final de cada unidade e as fontes que respondam aos seus próprios questionamentos e curiosidades.

Introdução ao estudo da atenção odontológica para PCD

Convite ao estudo

Bem-vindo à Unidade 1 da nossa disciplina! Odontologia para pacientes de grupos especiais e pessoas com deficiência (PCDs) é a especialidade que tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle das doenças bucais de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial. Aqui faremos uma "introdução ao estudo da atenção odontológica para as PCDs", em que você aprenderá o conceito e a classificação de PCD em uma visão voltada para a odontologia. Além disso, abordaremos o importante tema sobre as situações clínicas especiais na assistência odontológica às PCDs e iniciaremos nossa discussão sobre pacientes com distúrbios neuropsicomotores. Refletiremos sobre algumas situações especiais que nos ajudarão a alcançar a capacidade para elaborar e desenvolver planejamentos de assistência integral aos pacientes de grupos especiais e com deficiência em um ambiente odontológico, analisando a situação hipotética apresentada a seguir.

Em uma unidade de atendimento odontológico para pacientes de grupos especiais e pessoas com deficiências, alguns alunos se apresentam como estagiários a cada ano e acompanham os atendimentos desde a triagem dos pacientes até o tratamento. Dentre os procedimentos iniciais de atendimento à PCD, a anamnese deve servir como guia para o profissional, para a adoção de um protocolo de atendimento mais adequado para cada caso. A estudante Maria Eduarda iniciou seu estágio recentemente e colabora na anamnese dos pacientes e no direcionamento deles ao setor adequado de atendimento dentro da unidade. A estagiária sabe que algumas condições sistêmicas e sindrômicas exigem um

tratamento diferenciado e espera ser capaz de aplicar seu aprendizado futuramente em seu consultório. Durante seu estágio, a aluna fez o atendimento de três casos distintos: o paciente J.C., 12 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral; o paciente P.M., de 69 anos, diabético, e a paciente A.C., de 3 anos, que possui fissura labiopalatina. O atendimento desses três pacientes em condições tão distintas ajudou a aluna a pensar sobre diferentes abordagens e tratamentos para casos específicos de PCD. Ajude a estagiária Maria Eduarda a resolver essas situações, para tanto, na Seção 1.1, estudaremos os conceitos e a classificação de PCD e as situações clínicas especiais no atendimento odontológico de pacientes com distúrbios neuropsicomotores. Na Seção 1.2, aprenderemos sobre os pacientes sistematicamente comprometidos e as implicações na sua assistência odontológica, e na Seção 1.3, falaremos sobre as anomalias congênitas e sua relação com a odontologia. Em cada seção, você acompanhará Maria Eduarda nos desafios vivenciados e a ajudará a resolver as situações dos pacientes. Então anime-se, porque nesta unidade de ensino trabalharemos para identificar as peculiaridades dos portadores de necessidades especiais (PNE) e buscaremos, juntos, elaborar os procedimentos odontológicos mais adequados para o atendimento de cada caso e que pode acontecer na realidade, no consultório odontológico. Vamos começar!

Seção 1.1

Conceito e classificação de PCD para odontologia e situações clínicas especiais na assistência odontológica. Distúrbios neuropsicomotores

Diálogo aberto

Você já parou para pensar nas várias situações especiais de assistência odontológica que podem ocorrer no atendimento de PCDs? Você saberia identificar quais indivíduos podem ser considerados como membros deste grupo distinto de pacientes? Veja como é importante conhecer bem o conceito e a classificação de PCD para a odontologia. Iniciaremos nossa discussão abordando um grande grupo de pacientes especiais. Distúrbios neuropsicomotores podem implicar defeitos ou desvios de inteligência, físicos, psíquicos, estados filológicos especiais, e geram situações clínicas especiais na assistência odontológica. Esses PCDs podem ter níveis diferentes de comprometimento motor e de inteligência. Por exemplo, pacientes com doença de Parkinson, uma condição neurológica lentamente progressiva, possuem basicamente desordens da motricidade e passam por vários estágios de severidade. Já o paciente J.C., de 12 anos, atendido por Maria Eduarda, possui comprometimento motor em várias partes do corpo, incluindo contrações nas articulações, e desvio de inteligência, causados pela paralisia cerebral. Com base nesses diferentes aspectos de PCD com distúrbios neuropsicomotores, é possível estabelecer um atendimento padrão para pacientes portadores de distúrbios neuropsicomotores? Quais seriam as possíveis situações clínicas especiais com as quais a aluna pode se deparar no atendimento do seu paciente J.C.? Qual deve ser a conduta mais adequada para o atendimento dos pacientes com comprometimento motor e de inteligência?

Não pode faltar

Conceito de PCD para a odontologia: a odontologia é uma área muito importante para a nossa sociedade. Afinal, muitas doenças e

problemas sérios de saúde são prevenidos e tratados por cirurgiões-dentistas (CDs) que se dedicam à saúde bucal e ao bem-estar dos pacientes, e para contribuir também com a saúde geral das pessoas. A assistência odontológica deve ser inclusiva, isto é, deve alcançar não só os pacientes com necessidades de atendimento convencional, mas também aqueles que precisam de atendimento odontológico diferenciado, como PCDs. Vamos entender melhor e manter em mente o conceito de PCD na odontologia. Leve em consideração que existe uma dificuldade de se estabelecer um conceito único e imutável sobre os PCDs. Então, utilizaremos aqui o conceito do estatuto federal de 2015 sobre PCD:



É aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).



Assimile

Antes de ser instituído o termo PCD, era utilizado o termo pacientes com necessidades especiais (PNE) na odontologia "todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional" (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

Entre os pacientes de grupos especiais, podemos citar os idosos, os pacientes sistematicamente comprometidos, grávidas, pacientes com demência.

Como apresentado, as pessoas com deficiências apresentam limitações que podem ser de ordem física, sensorial, intelectual, emocional, de crescimento ou médica, como diabetes, cardiopatias e hipertensão. É muito importante que o CD seja capacitado a acolher esses pacientes, prestar assistências às suas queixas principais, solicitar exames complementares, medicar e acompanhar a evolução dos casos. Portanto, o CD deve reconhecer as necessidades especiais de seus pacientes e, caso necessário, encaminhá-los a um especialista em PCDs ou a uma unidade de atenção especializada.

O atendimento a PCDs exige que o CD possua um amplo conhecimento para prestar um atendimento específico e de alta qualidade para cada caso, no ambiente do consultório, no âmbito hospitalar ou domiciliar. A especialidade: Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é ainda nova, teve seu regulamento aprovado em 2001, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). No Brasil, o número de especialistas em PCD/PNE inscritos, até janeiro de 2014, somava 535 cirurgiões-dentistas (CROSP, 2017) para atender a um universo de aproximadamente 45,6 milhões de pessoas declaradas com necessidades especiais, ou seja, 23,91% da população brasileira, segundo o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O censo de 2010 também mostrou que 12,7 milhões de pessoas (6,7% da população) possuem alguma deficiência severa. Esses dados enfatizam uma carência de profissionais especializados na odontologia para PCDs.



Pesquise mais

Para conhecer melhor a distribuição de pessoas com deficiência no Brasil, você pode acessar os resultados do censo 2010 (IBGE, 2011, p. 71-73; 114-120). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>.

Você também pode acessar os resultados do Censo 2010, navegar pelos mapas interativos e cartogramas no endereço a seguir. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 27 out. 2017. Ao acessar esse site, veja também os "Resultados gerais da amostra - características gerais da população, religião e pessoas com deficiência - 29 jun. 2012".

Classificação de PCD para odontologia

A classificação das deficiências tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem padronizada para definição e descrição de estados de saúde. Além disso, a classificação dos pacientes ajuda a estabelecer uma didática na prática clínica na qual o CD pode fazer um plano de tratamento mais qualificado e orientado. Entretanto, a classificação das PCDs é complexa, e vários autores/entidades propõem diferentes formas de agrupar esses pacientes em categorias, levando em consideração diferentes variáveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001 (OMS, 2004). A CIF leva em consideração fatores pessoais e ambientais que afetam a saúde, uma abordagem psicossocial que avalia os indivíduos a partir de sua funcionalidade, e é organizada em três áreas: 1) alterações das estruturas e funções corporais; 2) limitações e 3) restrições à participação em algumas atividades.

No Brasil, as deficiências são classificadas em cinco categorias, Decreto nº 5.296 (BRASIL, 2004), veja alguns exemplos de cada:

1. Deficiência física: paralisia cerebral e infantil, osteogênese imperfeita, artrite, acidente vascular-encefálico, distrofia muscular, escoliose, lesão medular.
2. Deficiência auditiva.
3. Deficiência visual.
4. Deficiência intelectual: superdotados, limitrofes, infradotados, autismo.
5. Deficiência múltipla (duas ou mais deficiências associadas).



Refleta

Caro aluno, aproveite este momento para discutir com seus colegas sobre outras alterações das condições de saúde que poderiam ser adicionadas em cada grupo de deficiências apresentado. Reflita sobre a importância do conhecimento do cirurgião-dentista sobre todas essas condições de saúde e como elas poderiam interferir no plano de tratamento da pessoa com deficiência.

Situações clínicas especiais na assistência odontológica

Atenção inicial na assistência odontológica: como vimos até aqui, existem vários tipos de deficiência e condições de saúde que podem limitar o atendimento odontológico ou exigir uma conduta específica no atendimento de cada caso de PCD e pacientes de grupos especiais. Em todos os casos, o CD deve inicialmente acolher e conhecer seu paciente. A anamnese meticulosa e o exame físico criterioso devem ser realizados com o intuito de colher o máximo de informações úteis sobre os pacientes, como o conhecimento de suas condições médicas preexistentes. Além disso, o dentista deverá realizar o exame bucal, bem como avaliar o comportamento do paciente, de seus familiares e o relacionamento de ambos e conversar com o cuidador.

O importante papel dos familiares/responsável/cuidadores:

é importante lembrar que as PCDs podem ter um alto grau de dependência de seus familiares ou cuidadores e esses, muitas vezes, responderão pelo paciente. Então, o atendimento das PCDs será sempre realizado em conjunto com a família. A abordagem correta do paciente e/ou dos seus cuidadores é crucial. Esse passo realizado em um momento inicial do atendimento colaborará com o diagnóstico das possíveis desordens, com a identificação das experiências anteriores na assistência odontológica e com que se faça um bom planejamento do tratamento. Os familiares devem receber atenção especial, pois serão eles os recebedores das informações sobre todos os passos a serem realizados antes e depois das intervenções. Eles serão os colaboradores nos cuidados da PCD, na prevenção e durante o tratamento.

O ambiente de atendimento: em odontologia, deve ser preparado de forma organizada, limpa, agradável e harmônica, isso é importante para impressionar positivamente o paciente e seus responsáveis desde o momento de sua chegada. O profissional deve garantir a acessibilidade ao ambiente de atendimento odontológico, aos pacientes de grupos especiais e às PCDs. Algumas medidas, como rampas de acesso, barras de apoio, disposição dos equipamentos de forma a permitir a livre circulação de pessoas, entre outras, podem ser tomadas para tornar a estrutura física do ambiente mais segura e permitir um completo atendimento dos pacientes com deficiência. Os pacientes, de forma geral, aguardam uma visita ao dentista com ansiedades em graus variados, pois têm uma imagem pré-formada do ambiente do consultório que contribui para aumentar seus medos, desconfortos psíquicos e suas dores. A maioria dos pacientes com deficiência tem um grande senso de observação e, por isso, o ambiente odontológico deve ser calmo, relaxante e informal. Alguns cuidados simples podem influenciar os pacientes a colaborarem mais efetivamente durante as consultas, como: reduzir o tempo de espera ao máximo; abafar ruídos, como o da alta rotação e do sugador de saliva; evitar odores fortes. Para uma maior otimização do tempo de atendimento odontológico, o CD também deve tomar algumas medidas, como deixar preparado todo o instrumental e material para o atendimento, dando maior organização ao ambiente e permitindo um maior rendimento profissional. Um cuidado importante para evitar medo e ansiedade no atendimento é evitar

que materiais e instrumentais sejam mantidos à vista do paciente. Quanto mais simplificado for o ambiente sensorial do paciente, mais fácil será para ele focar em interações sociais e no aprendizado de novas habilidades!



Exemplificando

Figura 1.1 | Alguns exemplos de medidas a serem tomadas para o atendimento de PCD no consultório odontológico



1. Quando for receber pacientes que usam cadeira de rodas, é importante a remoção de obstáculos, como tapetes, enfeites, cadeiras ou outros objetos dos locais de passagem. A sala de atendimento deverá estar preparada para receber o paciente, de tal forma que o atendimento seja feito na própria cadeira de rodas ou que esta fique próxima à cadeira odontológica para posterior transferência do paciente.
2. Alguns pacientes com deficiência apresentam hiperatividade e/ou resistência ao cuidado. Para esse grupo, é necessário o preparo da sala de espera e da sala de atendimento no sentido de não deixar objetos que possam ser derrubados, quebrados ou que possam ferir. Em alguns casos, pode ser necessário manter guardados os instrumentais imprescindíveis ao atendimento (como seringa carpule, fórceps, etc.) até que o paciente esteja posicionado e estabilizado na cadeira odontológica.
3. O medo natural de luzes brilhantes, barulhos altos, movimentos bruscos e ambientes estranhos gera ansiedade em alguns pacientes, principalmente nas crianças, razão pela qual devem ser evitados. É importante evitar que a luz do refletor incida sobre os olhos dos pacientes que tenham convulsões, pois a luz forte e, até mesmo, a luz fluorescente (do ambiente), que pisca com frequência, pode desencadear crises convulsivas.
4. Evite manusear os materiais odontológicos de maneira brusca, brusca ou indevida, pois poderá assustar o paciente, alterando seu comportamento e a confiança durante a consulta.

Fonte: Caldas Jr. e Machiavelli (2015, p. 82).

Atendimento odontológico em PCD: segundo Gargione (1998), há três modalidades de atendimento odontológico para as PCDs: 1) normal, quando existe a cooperação do paciente, modificando apenas o tipo de ambiente, instrumental e o material odontológico a ser utilizado; 2) condicionado, quando há necessidade da utilização de técnicas de demonstração ao paciente de todo o aparato odontológico, incluindo os de vibrações e ruídos, para que ele saiba tudo que será utilizado em sua boca, antes do atendimento; 3) sob restrição, quando o paciente apresenta problemas graves

na cooperação e manejo no atendimento. A restrição pode ser mecânica (estabilizador), química (com uso de fármacos), hipnose, que somente devem ser utilizadas diante de ineficácia dos métodos psicológicos e sob autorização formal dos responsáveis.



Assimile

Pessoas com deficiências necessitam de maior atenção nos cuidados odontológicos preventivos, pois a maioria não é capaz de efetuar seus cuidados bucais, necessitando da ajuda dos seus responsáveis.

Higiene bucal: o tipo de dieta pode interferir no risco e no curso do desenvolvimento de algumas doenças bucais, como cárie e doença periodontal. Algumas situações clínicas de PCD favorecem o aparecimento de problemas bucais, por exemplo, as condições de saúde que limitam o indivíduo a uma dieta pastosa e/ou rica em carboidratos e que, por vezes, utilizam medicamentos adocicados. Pacientes com alterações graves de mobilidade, como movimentos involuntários, reflexo de engasgar e cerramento de boca, podem dificultar a manutenção da higiene bucal até mesmo pelos seus cuidadores. O CD e membros da equipe de saúde devem alertar os responsáveis pela PCD sobre a importância da higiene após a alimentação e orientá-los a seguir algumas regras de higiene bucal:

- Colocar pouco creme dental na escova.
- Usar o fio dental.
- Utilizar escovas dentais pequenas e macias ou extramacias.
- Introduzir alimentos adstringentes na dieta, como maçãs.
- Massagear as gengivas com gaze umedecida em pacientes que não mastigam.
- Escovar bem todas as faces dos dentes.



Dica

Acesse "Os 10 mandamentos dos cuidados que os pacientes com necessidades especiais necessitam", que foram apresentados, em 2014, pela Câmara Técnica de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e o Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CrosP). Disponível em: <<https://goo.gl/zByicr>>. Acesso em: 17 set. 2017.

Distúrbios neuropsicomotores

Pacientes com distúrbios neuropsicomotores apresentam determinados desvios dos padrões de normalidade e necessitam de atenção e abordagem especial, que podem ser temporárias ou definitivas. Esses pacientes podem ter um alto risco para o desenvolvimento de doenças bucais, dependendo do tipo de alteração sistêmica presente, como alteração salivar, alterações musculares, dificuldade motora para higienização e dificuldade em manter uma dieta não cariogênica. Assim, os cuidados odontológicos com pacientes portadores de distúrbios neuropsicomotores devem envolver o conhecimento do cirurgião-dentista sobre as disfunções psicossociais que podem interferir, por exemplo, no diagnóstico de sinais e sintomas, e as prováveis complicações que poderão acontecer na hora de uma intervenção e dificultar a colaboração do paciente durante o seu atendimento. Geralmente, o tratamento desses pacientes exige uma equipe multiprofissional.

Os distúrbios neuropsicomotores são classificados como desvios de inteligência, físicos, congênitos, comportamentais, psíquicos, deficiência sensorial e de radiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas, doenças endócrinas metabólicas e estados fisiológicos especiais (MUGAYAR, 2000).

Desvio de inteligência: é uma alteração anormal da capacidade intelectual, social e comportamental de um indivíduo, podendo ser classificada, conforme o grau de sua deficiência, como: **leve**, indivíduos integrados socialmente, que constituem o maior grupo; **moderada**, quando há a possibilidade de o indivíduo adquirir hábitos de autonomia e frequentar lugares ocupacionais quando adulto; **profunda**, em que o indivíduo apresenta incapacidade mental de autonomia, incluindo estado vegetativo; e **severa**, que constitui um índice pouco significativo do grupo de deficientes mentais, possui capacidade de comunicação muito limitada (VARELLIS, 2013).

Defeito físico: está associado a toda alteração da capacidade motora do ser humano e pode ser classificado de acordo como envolvimento do sistema nervoso central (SNC), como ocorre na paralisia cerebral, mal de Parkinson e no acidente vascular cerebral (AVC); comprometimento musculoesquelético, como nas distrofias musculares de caráter progressiva e na miastenia grave.

A paralisia cerebral é considerada uma alteração cerebral crônica,

mas não progressiva, que compromete várias partes do corpo ou paralisa em um único membro. Geralmente, o paciente possui múltiplas inaptidões que acometem o controle do corpo, retardo mental (desvio de inteligência), disfunções sensoriais, problemas com fala, convulsões, falta de coordenação com contrações articulares. A doença de Parkinson também é uma afecção do sistema nervoso central, uma alteração neurológica irreversível, crônica, e tem sua etiologia em um processo degenerativo e progressivo das células nervosas, que basicamente resulta em desordem da motricidade. Os pacientes apresentam tremores e rigidez muscular, que favorecem uma deglutição atípica com sialorreia persistente (saída de saliva pela comissura labial) nos casos mais graves. Os pacientes também podem ter bradicinesia (lentidão de reações físicas e mentais), instabilidade postural e para andar e declínio do intelecto (VARELLIS, 2013). O AVC, por sua vez, é causado por uma interrupção súbita do suprimento sanguíneo ao cérebro devido à hemorragia intracerebral espontânea, que resulta na incapacidade permanente do paciente. O indivíduo que sofre um AVC pode apresentar crises epiléticas, deficiência visual, problemas com fala, incoordenações motoras e mudança de personalidade.

Nos defeitos congênitos o que apresenta maior prevalência e tem grande relevância na odontologia é a síndrome de Down, que é causada por uma anomalia genética do cromossomo 21 (provocando uma trissomia). Essa alteração acontece durante a formação do zigoto, onde todas as células do indivíduo passam a ter 47 cromossomos e não os 46 normais. A síndrome de Down relaciona-se a algum grau de deficiência mental e podem ser observadas deformidades craniofaciais. Dificuldades generalizadas, afetando a capacidade de aprendizagem, linguagem, autonomia, motricidade e interação social, são resultados de um desenvolvimento funcional incompleto do cérebro de crianças com síndrome de Down (SILVA; CRUZ, 2009). Esses pacientes possuem um hipodesenvolvimento do terço médio da face e podem apresentar algumas manifestações sistêmicas, tais como: epilepsia associada ou não a crises convulsivas; desvio de inteligência (50% dos casos); deficiência visual precoce; dificuldades de aprendizagem na fala e alimentação, que dependerá de um estímulo para ajudar a integrar-se na sociedade.

Defeitos comportamentais, desvio psíquico e social compreendem as pessoas que possuem atitudes que não são comuns

em indivíduos ditos normais. Um dos exemplos é o autismo, que é uma síndrome de comportamento, com inúmeras etiologias que se caracterizam pela pouca/falta de capacidade qualitativa em interagir socialmente. Outras condições que podem ser incluídas no grupo de distúrbios comportamentais: desvio psíquico e social, como os distúrbios alimentares, como anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar. Esses distúrbios geralmente coexistem com outras doenças, como a depressão, o abuso de substâncias ou a ansiedade. O desvio psíquico pode estar presente devido à carência afetiva, por consequência do desvio social que os impedem de se socializarem. Há diversas razões que podem relacionar os distúrbios neurológicos ao desvio social, dentre elas, podemos citar o fator socioeconômico, a falta de orientação, a desnutrição e o estresse emocional que também provocam uma alteração comportamental.

Manifestações bucais: as pessoas com deficiências, portadoras de distúrbios neuropsicomotores, apresentam um índice alto de cárie, gengivite e periodontite, devido à falta de higienização correta, seja por limitações motoras ou mentais dos pacientes ou pela conduta dos responsáveis no auxílio do controle preventivo de doenças orais, incluindo más oclusões decorrentes de hábitos deletérios, como o bruxismo, que são ocasionados devido à contração muscular. As hiperplasias gengivais também são manifestações comuns em pacientes com doença mental associada a crises de epilepsia, causadas pelo acúmulo de placa bacteriana e pelo uso de algumas drogas que contenham difenilidantoína, fenobarbital, ácido valproico e hidantoína (GUEDES PINTO, 2003). Outro fator que favorece a dificuldade de higienização é o tipo de dieta desses pacientes, que têm dificuldade em usar alimentos mais consistentes. Os pacientes portadores de síndrome de Down, em especial, apresentam índice de cárie dental relativamente baixo. No entanto, mostram alterações bucais, como o palato em ogiva, língua fissurada, macroglossia, subdesenvolvimento da maxila com protrusão da língua, microdentes, tanto os decíduos como os permanentes, ausência dos segundos pré-molares, atraso no processo eruptivo, hipoplasia e hipocalcificação do esmalte dentário, além de anomalias de forma, tamanho e número.

Caro aluno, como vimos, o cirurgião-dentista deve ter um vasto conhecimento das alterações e manifestações especiais que acometem esses pacientes especiais para uma melhor abordagem

do paciente e de seus familiares, um diagnóstico correto e atendimento especializado que garanta um tratamento contínuo de qualidade. Portanto, dedique-se, estude e pesquise mais sobre esses assuntos tão importantes para o seu futuro profissional.

Sem medo de errar

Vamos relembrar o paciente J.C., atendido por Maria Eduarda. J.C., um menino de 12 anos, possui paralisia cerebral e apresenta desvio de inteligência e comprometimento motor em várias partes do corpo com contrações nas articulações. As suas limitações são diferentes das de outros pacientes afetados pela mesma condição de saúde, a paralisia cerebral, e diferem ainda mais de outras doenças relacionadas a distúrbios neuropsicomotores, como a doença de Parkinson. Então, perguntamos: seria possível estabelecer um atendimento padrão para pacientes portadores de distúrbios neuropsicomotores? Podemos perceber que cada paciente necessita de uma atenção personalizada decorrente do grau de comprometimento de sua deficiência física e psíquica. É muito importante na prática clínica conhecer as experiências prévias de atendimento de PCD. Se J.C. teve uma experiência positiva ou negativa anterior no atendimento odontológico, os passos de condicionamento do paciente e seus responsáveis devem seguir diferentes abordagens. Assim, torna-se complexo estabelecer um padrão de atendimento para todas as PCDs.

Quais seriam as situações clínicas especiais com as quais Maria Eduarda pode se deparar no atendimento de J.C.? Existem várias situações possíveis, e elas estariam relacionadas às várias etapas de atendimento, como uma anamnese minuciosa para se conhecer o paciente e seu relacionamento com a família. Dessa forma, entendendo qual seria a melhor abordagem a ser adotada para tornar o paciente e os responsáveis colaboradores na prevenção e no atendimento do paciente. Então, qual seria a conduta mais adequada para o atendimento dos pacientes com comprometimento motor e de inteligência?

Neste caso, o paciente J.C. tem uma grande dependência de seus familiares e cuidadores, o primeiro estágio do atendimento é a conscientização dos responsáveis pelos cuidados da higiene bucal. Uma estratégia de abordagem e orientação para essas pessoas

deve ser usada. O atendimento deve seguir o condicionamento do paciente ao ambiente odontológico e ser realizado no menor tempo possível, com os procedimentos planejados e os materiais preparados previamente para se evitar atrasos. O cirurgião-dentista e sua equipe devem avaliar a necessidade de contenção do paciente e o tipo a ser adotado, para garantir a segurança e a qualidade do atendimento odontológico. Assim, é possível elaborar um protocolo para atendimento de PCD observando-se as peculiaridades de cada caso.

Avançando na prática

Atendimento odontológico para paciente com síndrome de Down

Descrição da situação-problema

Após as reflexões sobre o atendimento do menino J.C., Maria Eduarda lembrou-se de Ana, uma menina com a mesma idade de J.C., com síndrome de Down. Ana recebeu um tratamento especializado durante a infância com muitos estímulos para melhorar suas dificuldades com linguagem e algumas dificuldades motoras. Hoje, Ana consegue se comunicar e compreender bem as orientações da equipe de assistência odontológica. Assim, como deveria ser direcionado o condicionamento e o tratamento odontológico de Ana? A abordagem da paciente e dos familiares e o planejamento dos procedimentos seriam os mesmos utilizados com J.C.?

Resolução da situação-problema

A paciente Ana, 12 anos, com síndrome de Down, é capaz de se comunicar bem e desenvolveu certa habilidade motora. Dessa forma, ela é capaz de absorver as informações da equipe de atendimento odontológico e responder com certa independência a algum questionamento. A abordagem, nesse caso, pode ser feita de forma direcionada ao paciente, e não somente aos seus responsáveis. É importante ressaltar aqui que a pessoa com síndrome de Down, sempre que possível, deve ser responsável pelos seus cuidados pessoais, para lhe garantir autonomia e autoconfiança.

Esta é uma situação muito diferente da de J.C., com paralisia cerebral, pois ele possui limitações permanentes e um grau elevado de dependência de seus responsáveis. É importante salientar, entretanto, que pacientes com síndrome de Down são comumente acometidos por doenças sistêmicas, como cardiopatias congênitas e alterações hematológicas e imunológicas. Também apresentam frequentemente alterações bucais, como palato em ogiva, dentes com alterações de forma, tamanho e número e alta prevalência de doença periodontal. Então, novamente ressaltaremos o quanto é importante o conhecimento amplo do cirurgião-dentista sobre as várias características diferenciadas em cada caso de PNE, para que ele seja capaz de realizar um bom diagnóstico, um plano de tratamento e a execução do atendimento desse paciente com a máxima qualidade.

Faça valer a pena

1. O conceito de paciente com necessidades especiais ainda tem uma definição variada em diferentes instituições. Nesta disciplina, adotamos para fins didáticos o conceito de PNE descrito nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006) que afirma que PNE é “todo usuário que apresenta_____”, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

Sobre PNE, assinale a alternativa que corretamente preenche a lacuna:

- a) Uma única limitação, temporária ou permanente.
- b) Uma única limitação permanente.
- c) Limitações apenas temporárias.
- d) Uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes.
- e) Uma ou mais limitações apenas permanentes.

2. O ambiente de atendimento odontológico à pessoa com deficiência (PCD) deve ter algumas características que garantam maior segurança e conforto durante a assistência para a saúde bucal do paciente e também para seus familiares ou responsáveis.

Dentre essas características para o atendimento à PCD, podemos afirmar que:

- a) O ambiente de atendimento deve ser cheio de elementos que chamem a atenção do paciente.

- b) O ambiente deve proporcionar calma e relaxamento ao paciente.
- c) O ambiente deve conter elementos sonoros para distrair o paciente.
- d) O ambiente deve ser preparado após a entrada do paciente para o atendimento.
- e) No ambiente de atendimento, deve estar somente o material previsto para o atendimento.

3. Dentre os distúrbios neuropsicomotores, estão os distúrbios comportamentais e o desvio psíquico e social. O autismo é um exemplo de desvio comportamental e que apresenta múltiplas etiologias, enquanto o desvio psíquico pode estar presente devido à carência afetiva. Outras condições podem ser incluídas no grupo de distúrbios comportamentais, desvio psíquico e social.

Que outra condição pode ser incluída no grupo de distúrbios comportamentais, psíquico e social?

- a) Síndrome de Down.
- b) Deficiência visual.
- c) Doença de Parkinson.
- d) Paralisia cerebral.
- e) Distúrbio alimentar.

Seção 1.2

Pacientes sistemicamente comprometidos e suas implicações na assistência odontológica

Diálogo aberto

Caro aluno, seja bem-vindo à Seção 1.2.

O atendimento odontológico de pacientes sistemicamente comprometidos é relativamente frequente. Dentre as condições sistêmicas que afetam o atendimento odontológico estão o diabetes, os problemas cardíacos, renais e neurológicos. Nesta seção, fique atento para perceber como essas doenças se relacionam, quais são as causas comuns entre elas, quais são os aspectos comuns no tratamento e as condutas específicas na assistência odontológica de cada condição sistêmica. Para melhor compreender o atendimento desses pacientes sistemicamente comprometidos, relembremos o caso em que Maria Eduarda, aluna estagiária do curso de odontologia que atendeu pacientes especiais distintos. O paciente P.M., de 69 anos, possui diabetes mellitus. Como Maria Eduarda sabe que essas condições médicas podem afetar o tratamento odontológico dos pacientes, já que eles são mais susceptíveis a infecções e alterações do seu estado de saúde, ela se questionou: qual seria a importância do estabelecimento de condutas comprovadas para o controle da infecção e outras alterações na prática odontológica? Leia atentamente o quadro "Não pode faltar", no qual você adquirirá novos conhecimentos e poderá ajudar a aluna Maria Eduarda a responder ao questionamento feito.

Não pode faltar

Caro aluno, anime-se, você tem muito a aprender, essa disciplina é muito importante para a sua vida profissional!

Pacientes sistemicamente comprometidos

Existem vários problemas que podem comprometer sistemicamente as pessoas, como o diabetes mellitus (DM),

uma doença crônica que apresenta um conjunto de desordens metabólicas, é causada pela falta de produção ou ineficácia na ação da insulina circulante ou, ainda, uma associação desses dois fatores. A insulina é o hormônio que controla o nível de glicose no sangue e nosso corpo precisa dela para absorver a glicose, que obtemos dos alimentos, como fonte de energia. O diabetes é principalmente caracterizado por um quadro de hiperglicemia, ou seja, uma quantidade aumentada de glicose no sangue. Quando o nível de glicose no sangue fica alto por longos períodos, pode haver danos em órgãos, nervos, vasos sanguíneos e levar até a um quadro chamado cetoacidose diabética, que pode ser fatal.

Entenderemos melhor a importância desta doença. O diabetes mellitus é uma doença de alta prevalência na população mundial. No Brasil, mais de 13 milhões de pessoas, ou aproximadamente 6,9% da população, já foram diagnosticadas com DM, e a incidência do diabetes aumenta a cada ano (SBD, 2017). Pelo fato de muitos pacientes com DM não terem um diagnóstico, os profissionais de saúde bucal devem conhecer e ficar atentos aos sinais e aos sintomas de diabetes nos seus pacientes.

Podemos citar três **tipos de diabetes**: DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional (ADA, 2017).

Diabetes tipo 1 - resultante da pouca ou nenhuma produção de insulina, causada pela destruição autoimune das células beta do pâncreas, que produzem esse hormônio. A instalação da doença geralmente ocorre na infância e em adultos jovens. Os pacientes portadores de DM tipo 1 precisam receber injeções diárias de insulina exógena e são, portanto, insulíndependentes. Aproximadamente 5% dos casos de DM são do tipo 1.

Diabetes tipo 2 - ocorre a diminuição da produção de insulina e/ou uma resistência dos tecidos do corpo à ação da insulina. Em geral, o DM tipo 2 acomete pessoas após os 40 anos de idade, e os indivíduos podem não ser insulíndependentes, necessitando apenas de um controle rigoroso da dieta e/ou uso de medicamentos ministrados por via oral. Aproximadamente 90% dos casos de DM são do tipo 2.

Diabetes gestacional - doença metabólica transitória, causada por alterações na ação da insulina provocadas por hormônios liberados durante a gravidez.

Caro aluno, é importante que você conheça os **principais sinais e os sintomas do diabetes**, pois você pode detectar a doença em pacientes que desconhecem a sua condição:

Quadro 1.1 | Principais sintomas do diabetes

Os sintomas clássicos:	Os pacientes podem ainda apresentar:
<ul style="list-style-type: none"> • Poliúria (volume aumentado da urina). • Polidipsia (sede aumentada). • Polifagia (fome aumentada). • Glicosúria (glicose na urina). • Perda rápida de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga. • Alterações visuais, como visão turva. • Impotência sexual. • Feridas que demoram a cicatrizar. • Cetoacidose. • Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetônica.

Fonte: elaborada pela autora.

Como **fatores de risco para o diabetes**, podemos citar:

- Sobrepeso/obesidade (inclusive em crianças), principal fator de risco para a DM (WHO, 2016).
- Níveis altos de colesterol e triglicérides no sangue.
- Hipertensão (pressão alta).
- Hereditariedade.
- Etnia (latino-americanos, afro-americanos).
- Falta de atividade física regular.
- Idade acima dos 40 anos (para o diabetes tipo 2).
- Medicamentos, como aqueles à base de cortisona.
- Estresse emocional.

O diagnóstico do diabetes consiste basicamente em verificar os níveis de glicose no sangue:

Normal (sem diabetes) - 70 mg/dL e 99 mg/dL em jejum de 8 horas e entre 100 mg/dL e 140 mg/dL pós-prandial (depois de comer). Níveis alterados desses valores podem sugerir crises hipo ou hiperglicêmicas.

Pré-diabetes - pós-prandial entre 140 mg/dL e 200 mg/dL.

Diabetes mellitus - mais de 200 mg/dL;

Diabetes gestacional - mais de 100 mg/dL em jejum 8 horas.

Quadro 1.2 | Principais complicações sistêmicas e bucais que podem decorrer do diabetes

Complicações sistêmicas	Complicações bucais
<ul style="list-style-type: none">• Doenças cardíacas• Acidentes vasculares• Doenças renais• Neuropatias• Problemas nos pés• Retinopatias• Cicatrização lenta	<ul style="list-style-type: none">• Gingivites• Doença periodontal• Mucosite e peri-implantite• Susceptibilidade a infecções bucais• Xerostomia (boca seca)• Síndrome de ardência bucal• Alterações de paladar

Fonte: elaborada pela autora.

Como você observou, existem várias complicações do diabetes com manifestações bucais. A **doença periodontal**, em especial, tem uma forte associação com o diabetes, sendo a complicação bucal mais frequente. É uma desordem imunoinflamatória que se inicia com o acúmulo de biofilme na margem gengival, causando sangramento, edema e coloração na gengiva avermelhada (gingivite). Quando não tratada, a gengivite pode evoluir para periodontite, o que é caracterizada pela perda dos tecidos de suporte dental (osso, cemento e ligamento periodontal) com migração apical do epitélio juncional, formação de bolsa periodontal, podendo ocorrer retração gengival (Figura 1.2). A doença periodontal tende a ser mais extensa e severa em pacientes com diabetes do tipo 1 que não mantêm um rigoroso controle glicêmico. Por que isso acontece? O diabetes causa alterações na resposta do hospedeiro e aumento nos níveis séricos de citocinas pró-inflamatórias, como TNF α e IL-1 β , as mesmas alterações encontradas na periodontite. Além disso, o DM pode aumentar o nível de glicose na saliva, fornecendo mais substrato para o crescimento bacteriano e também inibindo fibroblastos que ajudam na recuperação periodontal. Por outro lado, a doença periodontal pode piorar o controle da glicemia, pois as infecções sistêmicas aumentam a resistência à insulina nos tecidos. Desse modo, a inter-relação entre diabetes e doença periodontal é bidirecional, ou seja, a doença sistêmica (diabetes) pode predispor uma infecção oral, e a infecção oral (periodontite) pode exacerbar uma condição sistêmica. O tratamento periodontal pode ter um efeito benéfico no controle glicêmico de pacientes com DM tipo 1 e 2.



Figura 1.2 | Pacientes diabéticos apresentando gengivite (A), caracterizada por áreas avermelhadas e edema (setas), e sangramento à sondagem; e periodontite (B) nos dentes anteriores com perda óssea e retração gengival (cabeças de seta)



Fonte: acervo pessoal da autora.



Caro aluno, como vimos, a relação entre a doença periodontal e o diabetes mellitus é de grande importância na odontologia. Aumente seus conhecimentos sobre esse assunto por meio da leitura deste artigo recomentado: "Doença periodontal e diabetes mellitus. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/revista/edicao16/16Ed_n02_p32-41OLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

Outras complicações bucais: em pacientes diabéticos também pode ocorrer um aumento da suscetibilidade para infecções bucais agudas bacterianas, viróticas ou por fungos. As infecções virais devem ser tratadas o mais rápido possível, por exemplo, a causada pelo vírus herpes simples. O antivírus oral Aciclovir pode ser usado para o tratamento e a profilaxia das manifestações que causem incômodo ao paciente, entretanto, essa medicação deve ser evitada em pacientes com insuficiência renal em função de seu potencial de nefrotoxicidade. Infecções causadas por fungos, como a candidíase, podem ser tratadas com agentes fungicidas tópicos ou sistêmicos, mas deve-se evitar medicamentos com alto conteúdo de açúcares, como o Itraconazol. A xerostomia, ou boca seca, aumenta a suscetibilidade a cáries dentárias e infecções por cândida, inflamação da língua e úlceras. Outra complicação do diabetes é a síndrome de ardência bucal, caracterizada por dor ou

sensação de ardência, que podem ser intensas, mas geralmente sem lesões aparentes. A causa pode estar relacionada à xerostomia, à candidíase ou a alterações neurológicas, como a depressão, e seus sintomas podem desaparecer após o controle da glicemia ou após o tratamento da causa.

Complicações sistêmicas do diabetes: os problemas cardíacos, renais e neurológicos têm uma estreita relação com o DM. Essas doenças podem estar inter-relacionadas e influenciar o risco para a instalação e a evolução umas das outras e de outras doenças como complicação.

Pacientes sistemicamente comprometidos: problemas cardíacos

Devido ao número crescente de pessoas portadoras de cardiopatias, é importante que o cirurgião-dentista conheça as principais doenças cardiovasculares que podem interferir na assistência odontológica e proporcionar um atendimento seguro a esses pacientes.

As doenças cardiovasculares (DCVs) são hoje a principal causa de morte no mundo. No Brasil, em 2016, foram estimadas 349.938 mortes por DCV (SBC, 2017). Vamos então conhecer os principais comprometimentos cardiovasculares de importância na odontologia.

Na **doença cardíaca isquêmica**, ocorre a obstrução gradual das artérias coronárias (formação de placas de gordura (ateromas) que levam sangue ao coração. Por exemplo, em uma situação de estresse emocional, o fluxo sanguíneo diminuído pode não conseguir levar oxigênio suficiente ao coração e causar isquemia (falta de oxigênio) no miocárdio. A isquemia transitória no miocárdio (duração de 5 a 20 minutos) é chamada de angina do peito e é caracterizada por dor, queimação ou pressão localizada atrás do osso esterno, podendo irradiar para o ombro, braço esquerdo, mandíbula, língua e para o epigástrico; após repouso, a dor é aliviada. Quando os sintomas de angina não desaparecem com o repouso e nem com o uso de medicação (vasodilatadores coronarianos), a angina é considerada instável e causa risco iminente de infarto do miocárdio e deve ser tratada como emergência médica. A obstrução por aterosclerose também pode ocorrer em vasos que levam sangue ao cérebro. Os eventos de isquemia cerebral podem levar a uma condição aguda

chamada de acidente vascular cerebral (AVC). A causa de infartos cardíacos e AVCs pode ser uma combinação de fatores de risco, como o uso de tabaco, do álcool, a obesidade, o sedentarismo, a hipertensão, o diabetes e a hiperlipidemia.

A **hipertensão arterial** é a elevação persistente da pressão arterial sanguínea (PA), com valores iguais ou acima de 140/90 mmHg e atinge grande parte da população. É um importante fator de risco e exacerbação de várias doenças graves, como a arritmia cardíaca, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal crônica, o aneurisma arterial, doença arterial periférica, e é responsável pela maioria dos casos de AVC e infarto agudo do miocárdio. A maioria dos casos de hipertensão arterial não tem causa aparente, e a doença não tem cura. O tratamento da hipertensão depende da gravidade das variações nos níveis de PA. Os sintomas, como dores no peito, zumbido no ouvido, dores de cabeça, tonturas, entre outros, costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito. É muito importante que o CD afira a pressão arterial dos pacientes e fique atento quando for usar a anestesia local em pacientes hipertensos.

A **insuficiência cardíaca congestiva (ICC)** é uma doença na qual ocorre uma diminuição na capacidade de contração do músculo cardíaco, que não tem força suficiente para bombear o volume normal de sangue. Dessa forma, o coração não consegue fornecer a quantidade adequada de sangue/oxigênio aos órgãos.

As **arritmias** são distúrbios do ritmo normal do coração, podendo apresentar ou não sintomas, como palpitação e síncope (desmaio), e ter vários graus de severidade. As arritmias podem ser exacerbadas pela ansiedade e o estresse e devem ser levadas em consideração nos atendimentos odontológicos.

A **endocardite infecciosa (EI)** é uma infecção severa das valvas cardíacas ou na superfície do endocárdio. Os sinais e os sintomas da EI incluem febre baixa, sudorese, dores nas articulações, fadiga e perda de peso. Os estreptococos e os estafilococos são bactérias responsáveis por 80% dos casos de EI, e a *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), implicada na etiopatogenia da doença periodontal agressiva, também pode provocar EI. As intervenções odontológicas são as principais causas de bacteremia transitória, pois bactérias presentes na boca entram na corrente sanguínea e podem colonizar valvas cardíacas danificadas ou anormais e o endocárdio

próximo a defeitos anatômicos, resultando em EI. Os riscos de uma bacteremia de origem bucal dependem da extensão do traumatismo aos tecidos moles durante o procedimento odontológico e o grau de inflamação preexistente na boca. Pode ocorrer após exodontia, raspagem periodontal, cirurgias periodontais, manipulação endodôntica, profilaxia e escovação. Em qualquer procedimento odontológico com risco de sangramento, deve ser avaliada a necessidade de profilaxia com antibióticos em pacientes susceptíveis ao desenvolvimento de endocardite bacteriana.

Doença periodontal e as doenças cardiovasculares

Atualmente, a doença periodontal tem sido apontada como um fator de risco para várias doenças sistêmicas, incluindo algumas DCVs. Como vimos anteriormente, a infecção bacteriana na periodontite aumenta a liberação de mediadores inflamatórios e provoca bacteremia sanguínea, aumentando o risco para o infarto do miocárdio (SHI, 2016) e endocardite infecciosa em pacientes susceptíveis (TUBIANA et al., 2017). O tratamento periodontal, quando bem planejado, pode reduzir o risco às doenças cardiovasculares e melhorar as condições da saúde geral de pacientes susceptíveis a complicações.



Dica

Caro aluno, acesse o link e aprenda mais sobre os comportamentos que ajudam a evitar doenças cardiovasculares. Disponível em: <<https://biosom.com.br/blog/saude/doencas-cardiovasculares/>>. Acesso em: 27 out. 2017.

Pacientes sistemicamente comprometidos: doenças renais e neurológicas

A doença renal crônica (DRC) consiste em uma perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, acarretando em diminuição da filtração glomerular. A morbidade por insuficiência renal é alta e, em fase avançada, pode ser necessária a realização de transplante de rim. Os pacientes portadores de DRC apresentam alterações metabólicas e de volemia, com restrições ao uso de alguns medicamentos. Por isso, as doenças renais têm implicações na prática odontológica. A DRC influencia o volume salivar, causando xerostomia, sensação

de gosto amargo na boca e alterações do hálito e do paladar, e a xerostomia pode causar maior susceptibilidade a doenças bucais. Conforme a DRC torna-se mais severa e os pacientes tornam-se mais imunossuprimidos, as manifestações bucais tornam-se mais comuns. Dentre elas, estomatites, queilite angular, hiperplasia gengival medicamentosa, infecções fúngicas, como candidíase, entre outras. Os fatores de risco para a DRC coincidem com vários fatores para a doença periodontal, como o tabagismo e o diabetes mellitus. Os microrganismos relacionados com a periodontite e o tipo de resposta de citocinas pró-inflamatórias afetam o fluxo sanguíneo e aceleram doenças sistêmicas. Além da periodontite, cáries, lesões endodônticas e mucosites também servem como porta de entrada de patógenos no sangue, aumentando a morbimortalidade de pacientes DRC (SEDÝ, 2010). Portanto, veja como a atuação do CD é importante no controle da saúde bucal e geral dos pacientes com doenças renais.

A neuropatia diabética é uma das complicações crônicas mais comuns e incapacitantes do diabetes. Aproximadamente 50% dos diabéticos apresentam alguma forma de neuropatia. Quando o DM não é adequadamente controlado, o excesso de glicose no sangue causa a oxidação da bainha de mielina e lesiona a estrutura de nervos periféricos. Então, esse é um processo degenerativo dos nervos, que além de prejudicar a comunicação entre os neurônios, causa dor e pode até levar à amputação de membros.

Abordagem na assistência odontológica para pacientes sistemicamente comprometidos

Nos dias de hoje, um número considerável e crescente de pessoas portadoras de doenças sistêmicas procura tratamento odontológico. Esse fato deve estimular alunos e o CD a buscarem novos conhecimentos para que a conduta do CD e o atendimento a esses pacientes sejam feitos com maior segurança.



Reflita

Você saberia identificar e agir caso um paciente diabético entrasse em estado hiperglicêmico ou hipoglicêmico durante um atendimento odontológico? Qual seria a melhor conduta a ser tomada pelos profissionais de saúde bucal frente a uma emergência com um paciente diabético?

A **anamnese completa** de qualquer paciente que procure atendimento odontológico deve ser uma rotina na abordagem inicial do cirurgião-dentista. Lembre-se de que o atendimento odontológico pode interferir no curso de certas doenças sistêmicas, entretanto, algumas delas podem ser assintomáticas e o próprio paciente pode desconhecer sua real condição de saúde. A anamnese deve incluir o questionamento sobre o histórico de saúde detalhado do paciente e o histórico familiar de doenças sistêmicas; avaliar seu estado atual de saúde, o(s) tipo(s) de doença(s) presente(s), quando foi feito o diagnóstico, quando iniciou o tratamento e os medicamentos em uso, e a existência de complicações sistêmicas adquiridas. Também devem ser avaliadas as questões comportamentais, que podem ser fatores de risco a doenças sistêmicas, como: dieta, sedentarismo, tabagismo, uso de drogas, ansiedade e medo, hábitos de higiene bucal etc. O CD deve avaliar os sinais vitais do paciente, pulsação e pressão arterial na primeira consulta e antes de procedimentos. Após essas avaliações, o CD deve fazer o planejamento do seu atendimento de forma individualizada e adotar medidas preventivas, evitando intercorrências no atendimento. Quando necessário, deve haver interação do CD com a equipe multiprofissional responsável pelo tratamento do paciente.

Controle da ansiedade dos pacientes: é muito comum que o tratamento odontológico induza um quadro de ansiedade e apreensão nos pacientes. O próprio ambiente do consultório pode gerar estresse ao paciente. O CD deve estar atento e dedicar-se a minimizar os fatores causadores de estresse. Em especial, os pacientes com doenças cardiovasculares apresentam sintomas exacerbados pelo estresse e a ansiedade, que, se não controlados, podem levar a situações de emergência no atendimento, como angina, arritmias, crises hipertensivas arteriais e infarto do miocárdio. O estresse também pode desencadear um aumento da glicemia no sangue de pacientes diabéticos. A dor e a ansiedade podem ser controladas com uso de sedação pré e transoperatórios, anestesia local eficiente e analgesia pós-operatória. A sedação consciente pode ser feita por prescrição de um benzodiazepínico, como diazepam (de 5 mg a 10 mg), ou lorazepam (de 1 mg a 2 mg), ou midazolam (7,5 mg), em dose única administrada 30 a 45 minutos antes do atendimento. O lorazepam deve ser tomado 2 horas antes do procedimento, pois tem ação mais lenta (ANDRADE, 2014).

Devido ao **tempo de atendimento**, os pacientes devem ser orientados a tomarem seus medicamentos e se alimentarem corretamente antes das consultas. Em geral, as consultas dos pacientes com comprometimento sistêmico devem ser tão curtas quanto possível (de 30 a 40 minutos), marcadas de preferência por volta das 10h da manhã, para evitar alterações da glicemia durante o procedimento em diabéticos, e da pressão arterial e arritmias em pacientes com DCV. O CD deve monitorar a glicemia, a pressão arterial e a frequência cardíaca nas consultas.



Assimile

Os pacientes com o diabetes bem controlado e sem complicações podem ser tratados da mesma forma que os pacientes não diabéticos. O atendimento odontológico em pacientes diabéticos descompensados é recomendado apenas em casos de urgência e necessita de cuidados especiais!

Profilaxia antibiótica: pacientes susceptíveis a infecções devem ser avaliados para o risco de bacteremias e infecções a distância. Como rotina no consultório, é recomendável instituir-se o uso de bochechos de digluconato de clorexidina 0,12% por 1-2 minutos previamente a qualquer procedimento para reduzir a carga bacteriana na boca. Em pacientes com diabetes descompensados, recomenda-se adotar uma profilaxia antibiótica (prévia ao procedimento) para evitar bacteremia transitória, mas o atendimento de pacientes descompensados só deve ser feito em casos de urgência. A recomendação da American Heart Association (ANDRADE, 2014) para o uso de profilaxia antibiótica da endocardite infecciosa antes dos procedimentos dentais é somente para pacientes com alto risco cardíaco (2 g de amoxicilina em dose única 1 hora antes do procedimento): pacientes com prótese nas valvas cardíacas, com histórico prévio de endocardite, com coração transplantado e com função anormal de valva cardíaca e alguns defeitos congênitos. Pacientes com doenças renais não controladas devem seguir as orientações do médico para o controle de infecções e devem evitar o uso de tetraciclina e cefalosporinas, devido ao potencial nefrotóxico dessas drogas.

Os **anestésicos locais** com vasoconstritores adrenérgicos podem ser usados em pacientes com DM. A epinefrina, que produz um efeito

contrário à insulina, se injetada diretamente na corrente sanguínea, pode ser utilizada contanto que na mínima dose necessária para uma anestesia eficaz. Deve-se ter um cuidado redobrado para evitar injeção intravascular de anestésicos locais com vasoconstritor em pacientes com DCV. Pacientes hipertensos, com DCV ou insuficiência renal podem receber injeções de anestésicos locais nos atendimentos de urgência, com atenção ao limite de anestésico que pode ser usado, como a lidocaína 2% ou articaína 4% associados à epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000 (máximo dois tubetes), ou prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL (dois a três tubetes). Nas arritmias cardíacas, deve-se evitar a epinefrina, e o anestésico de escolha pode ser a mepivacaína 3% sem vasoconstritor. Nas doenças renais, deve-se evitar o uso de mepivacaína pelo seu tempo mais longo de metabolização (ANDRADE, 2014).

Analgesia: o efeito de alguns hipoglicemiantes orais dos pacientes com DM pode ser potencializado pelo ácido acetilsalicílico (AAS) e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Para pacientes com DCV e renais, é recomendável o uso de analgésicos comuns, como a dipirona e o paracetamol, ou o uso de corticosteroides (4 mg dexametasona ou betametasona) em dose única para o controle da dor, em caso de procedimentos invasivos.

A educação de **higiene oral** aos pacientes com DM é imprescindível. Os profissionais devem orientar seus pacientes sobre as técnicas de escovação mais adequadas, tipo de escova, uso do fio dental e de dispositivos acessórios, como escovas interdentais e raspadores de língua. Como esses pacientes têm maior susceptibilidade à doença periodontal e predisposição à cárie dentária devido à xerostomia, pode-se indicar o uso de clorexidina 0,12% e fluoreto de sódio, respectivamente, como adjuvantes na prevenção dessas duas patologias. O CD deve indicar a frequência dos retornos para a manutenção do tratamento ao paciente.

O cirurgião-dentista deve estar atento às **contraindicações do atendimento odontológico**:

- Pacientes diabéticos descompensados apresentando cetoacidose sanguínea só devem receber atendimento odontológico em casos de urgência.
- Angina do peito com relato de crises de dor com aumento de intensidade e/ou frequência que não cede no repouso ou

com uso de vasodilatadores indica que a doença é instável e aumenta o risco iminente de infarto do miocárdio.

- Pacientes com pressão arterial em níveis maiores que 180 mmHg/110 mmHg. Em caso de urgências, o atendimento deve ser feito em ambiente hospitalar.
- Pacientes que tiveram infarto do miocárdio não devem ser submetidos à cirurgia eletiva antes de 4 a 6 semanas do evento agudo para evitar recidiva.
- Pacientes com marca-passo não devem ser submetidos a tratamentos que utilizem aparelhos que criam corrente eletromagnética.

Tratamento da doença periodontal e condições sistêmicas:

devido ao aumento da prevalência da doença periodontal nos pacientes diabéticos e ao seu impacto no controle da glicemia, além da associação da periodontite com as DCVs e doenças renais, o tratamento periodontal preventivo deveria ser enfatizado na população. Caso a doença periodontal se desenvolva, o tratamento não cirúrgico da periodontite é o mais recomendado, pois os procedimentos cirúrgicos podem ter lenta cicatrização e a cirurgia pode requerer alteração dos medicamentos habituais.

Situações de emergência: fique atento aos sinais e aos sintomas que acontecem de forma muito rápida. Na hipoglicemia, ocorrem náusea, sudorese, taquicardia, desorientação e confusão mental e, como efeitos mais graves, hipotensão, hipotermia, inconsciência, convulsões, podendo levar à morte. O CD deve interromper o atendimento e oferecer de 10 g a 20 g de carboidrato (alimento ou bebida) para o paciente ingerir. Não administrar insulina! Se o paciente não se recuperar ou estiver inconsciente, acionar socorro médico e monitorar os sinais vitais. Na hiperglicemia, o paciente apresenta hálito cetônico, respiração profunda e rápida, taquicardia e hipotensão, pele seca (desidratação) e quente. Colocar o paciente em posição supina, solicitar serviço de emergência e monitorar os sinais vitais.

• Emergência com pacientes cardiopatas e/ou hipertensos: caso o paciente sinta dor no peito e for identificada como angina, o tratamento deve ser suspenso e o paciente colocado reclinado a 45° para verificação da sua pressão sanguínea (PA). Se a PA sistólica for menor do que 100, o paciente deve abaixar a cabeça, ser tranquilizado e administrar nitroglicerina via sublingual. Se a dor da angina não aliviar

em 5 ou 10 minutos, há risco de infarto do miocárdio ou de angina pré-infarto, e o paciente deve ser transportado imediatamente para o hospital. É preciso verificar os sinais vitais em pacientes inconscientes e, caso a pulsação não for mais detectada, o cirurgião-dentista deve estar preparado para os procedimentos de ressuscitação cardiopulmonar (TEIXEIRA et al., 2008).



Exemplificando

Figura 1.3 | Exemplos de conduta que o CD deve ter no atendimento de pacientes com comprometimento sistêmico. Monitoramento do paciente durante o atendimento e preparo para situações de emergência



Fontes: A: <<http://www.infohoje.com.br/hipoglicemia-sintomas-causas-tratamento.html>>;

B: <<http://urgenciasfamiliares.com/abc-da-ressuscitacao/>>;

C: <<http://apufpr.org.br/projeto-torna-obrigatorio-fornecimento-de-aparelhos-de-pressao-pelo-sus/>>;

D: <http://www.samu192df.com.br/site/sobre_samu.htm>. Acesso em: 27 out. 2017.

Sem medo de errar

A estagiária Maria Eduarda fez o atendimento do paciente P.M., de 69 anos, iniciando com a realização de uma anamnese completa. Assim, foi possível identificar que o paciente P.M. tinha diabetes do tipo 2. O que muda no atendimento odontológico desse paciente? É necessário adotar um protocolo especial para P.M.? Com a informação do paciente sobre seu diabetes, Maria Eduarda deve investigar se ele possui também alguma complicação, como problemas renais e cardíacos, que possa exigir procedimentos especiais no atendimento odontológico. Maria Eduarda deve perguntar ao paciente como está

o controle da sua glicemia: qual método e frequência ele usa para verificar a sua glicemia, qual é a média recente dos valores glicêmicos e se ele toma seus remédios de acordo com as recomendações médicas. Se o paciente P.M. estiver com o diabetes controlado, Maria Eduarda pode realizar o atendimento usando os mesmos procedimentos usados para um paciente saudável. Entretanto, se a glicemia de P.M. estiver descontrolada, procedimentos cirúrgicos e invasivos devem ser evitados, o paciente deve ser direcionado ao médico para o controle da glicemia antes do tratamento odontológico. Em caso de situações de emergência, o paciente diabético descompensado pode ser mais susceptível a infecções e um protocolo de profilaxia antibiótica pode ser adotado.

Avançando na prática

Atendimento odontológico de paciente diabético com complicações cardíacas

Descrição da situação-problema

O paciente M.G., de 52 anos, procurou atendimento odontológico com queixa de dor intensa em um dente posterior. Além disso, M.G. contou que sentia dor de cabeça, tontura e sinais de taquicardia. A estagiária Maria Eduarda verificou que M.G. era diabético tipo 1 e tinha complicação cardíaca, mas tanto o diabetes quanto os problemas cardiovasculares do paciente estavam controlados e sendo monitorados pelo seu médico especialista. Maria Eduarda aferiu a pressão arterial (PA) de M.G., que era de 160/90 mmHg. O exame intrabucal e radiográfico mostrou a necessidade de exodontia do dente afetado, mas Maria Eduarda percebeu que M.G. apresentava sudorese e um grau elevado de estresse causado pela dor e ansiedade. Diante do quadro desse paciente, qual seria o melhor protocolo de atendimento para ele?

Resolução da situação-problema

É importante lembrar que o atendimento odontológico de pacientes sistemicamente comprometidos deve seguir protocolos que ofereçam maior segurança para benefício do paciente. Durante o atendimento inicial de M.G., Maria Eduarda percebeu a

necessidade de um atendimento cirúrgico de urgência. Entretanto, M.G. apresentou sinais e sintomas importantes para a tomada de decisão sobre o atendimento. A PA do paciente estava em um nível muito alto (160/90 mmHg), coincidindo com os sintomas de dor de cabeça e tontura, histórico de doença cardiovascular prévia, sudorese e taquicardia. Além disso, o estresse e a ansiedade do paciente durante o atendimento podem agravar esse quadro e interferir na taxa glicêmica do paciente. Neste caso, mesmo em situação de urgência, o atendimento odontológico no consultório está contraindicado. Então, qual é a melhor conduta que Maria Eduarda pode adotar na assistência de M.G.? O CD pode tomar algumas condutas para evitar a piora dos sinais e sintomas do paciente, como controlar sua ansiedade, dando a ele segurança e tranquilidade. O CD pode interferir no processo de dor medicando o paciente com analgésicos comuns e/ou sedação e encaminhar o paciente para a realização do procedimento de urgência em ambiente hospitalar. Se os sinais e os sintomas do paciente se agravarem durante o atendimento, como dor no peito, arritmia e dificuldade de respirar, o CD e sua equipe devem estar prontos para agir rapidamente e chamar o serviço de urgência.

Faça valer a pena

1. O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica que apresenta um conjunto de desordens metabólicas, é causado pela falta de produção ou ineficácia na ação da insulina circulante ou, ainda, uma associação desses dois fatores. Analise as colunas e faça a correlação entre as principais complicações sistêmicas e bucais:

Complicações sistêmicas	Complicações bucais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Doenças cardíacas 2. Doenças renais 3. Diabetes 4. Neuropatias 	<ol style="list-style-type: none"> a. Doença periodontal b. Susceptibilidade a infecções bucais c. Mucosite e peri-implantite d. Gengivites

Após a análise das colunas sobre as principais complicações sistêmicas e bucais que podem decorrer do diabetes, assinale a alternativa correta:

- a) 1-a; 2-b; 3-c; 4-d.
- b) 1-d; 2-c; 3-a; 4-b.
- c) 1-b; 2-a; 3-c; 4-d.
- d) 1-c; 2-d; 3-a; 4-b.
- e) 1-d; 2-a; 3-b; 4-c.

2. A doença periodontal tem uma forte associação com o diabetes, sendo a complicação bucal mais frequente. É uma desordem imunoinflamatória que se inicia com acúmulo de _____, causando sangramento, edema e coloração na gengiva avermelhada (gengivite).

Assinale a alternativa que corretamente completa a lacuna:

- a) Biofilme na margem gengival.
- b) Biofilme na câmara pulpar.
- c) Cândida albicans no ápice radicular.
- d) Cândida albicans e biofilme no ápice radicular.
- e) Biofilme no ligamento periodontal.

3. O cirurgião-dentista deve estar atento às contraindicações do atendimento odontológico. Analise as afirmativas sobre essas contraindicações:

I. Pacientes diabéticos descompensados apresentando cetoacidose sanguínea só devem receber atendimento odontológico em casos de urgência.

II. Angina do peito com relato de crises de dor com aumento de intensidade e/ou frequência que não cede no repouso ou com uso de vasodilatadores indica que a doença é instável e aumenta o risco iminente de infarto do miocárdio.

III. Pacientes com pressão arterial em níveis maiores que 180 mmHg//110 mmHg, com ou sem sintomas.

IV. Pacientes que tiveram infarto do miocárdio não devem ser submetidos à cirurgia eletiva antes de 4 a 6 semanas do evento agudo para evitar recidiva.

Após análise das afirmativas sobre as contraindicações do atendimento odontológico, é correto o que se afirma em:

- a) Apenas I e II.
- b) Apenas II e III.
- c) Apenas I e IV.
- d) I, II, III e IV.
- e) Apenas III e IV.

Seção 1.3

Anomalias congênitas e a odontologia

Diálogo aberto

Caro aluno, bem-vindo! Você chegou à última seção da Unidade 1 desta disciplina.

Nesta Seção 1.3, abordaremos o tema sobre as anomalias congênitas e a sua relação com a odontologia. Falaremos sobre as repercussões genéticas das principais síndromes e malformações congênitas que afetam a região orofacial e como elas afetam o tratamento odontológico de pacientes de grupos especiais (idosos, sistematicamente comprometidos, entre outros) e pacientes com deficiências (PCDs). As fissuras labiopalatinas serão discutidas considerando suas implicações físicas e psicossociais, e como o atendimento odontológico deve ser dirigido a esses pacientes.

As malformações congênitas orofaciais, como as fissuras, são anomalias que requerem múltiplos procedimentos reabilitadores, como a intervenção cirúrgica, médica, odontológica, nutricional, fonoaudiológica e psicológica, ou seja, exige uma equipe multidisciplinar para o seu tratamento. Para que você compreenda melhor, pensaremos, por exemplo, na paciente A.C., uma criança de 3 anos que foi atendida pela Maria Eduarda durante seu estágio. A paciente A.C. nasceu com uma fissura labiopalatina que resultou em sequelas bucais, já que as fissuras afetam o desenvolvimento de dentes decíduos e permanentes. Maria Eduarda observou que A.C. tinha uma fissura no lábio e durante o atendimento inicial percebeu que a criança tinha uma fala anasalada, pois a fissura se estendia até a região palatina. Maria Eduarda então refletiu como deveria fazer a abordagem para a assistência odontológica de A.C. Assim como a Maria Eduarda, pense: de que forma as fissuras labiopalatinas podem afetar o curso da assistência odontológica desses pacientes especiais? Como deve ser a abordagem desses pacientes e de sua família/cuidadores para o oferecimento de um atendimento adequado? Reflita e discuta sobre como elaborar um protocolo para atendimento de pacientes de grupos especiais com malformações congênitas orofaciais e um protocolo para atendimento de pacientes sistematicamente comprometidos.

As repercussões genéticas nos pacientes de grupos especiais e PCDs: sindromologia relacionada à odontologia para PNEs

As síndromes genéticas ou cromossômicas são caracterizadas por um conjunto específico de sinais e sintomas, uma combinação padrão de anomalias múltiplas no organismo de um indivíduo, de causa genética (mutação, deleção, duplicação, entre outras) e que pode envolver um ou mais cromossomos ou genes. As síndromes genéticas afetam o indivíduo durante a sua formação embriológica, ou seja, durante o desenvolvimento do embrião ou feto. As anormalidades que eventualmente ocorrem em um período embrionário podem afetar vários sistemas que estão se desenvolvendo ao mesmo tempo. Por isso, as associações entre anomalias orofaciais e malformações congênicas podem ser observadas em várias síndromes gênicas ou cromossômicas. Assim, é importante que a atenção odontológica especializada leve em consideração que pacientes com malformações orofaciais podem apresentar risco sistêmico e devem ser considerados como pacientes especiais.

Existem incontáveis síndromes genéticas conhecidas e, apesar de raras, muitas delas apresentam manifestações clínicas orofaciais que repercutem na odontologia, pois podem causar alterações da estrutura, forma, tamanho e de número dos dentes, erupção dental anormal e defeitos ósseos, como as fissuras orofaciais. Vamos ver alguns exemplos de síndromes com anomalias no número de cromossomos e outras com aberrações em genes dominantes ou recessivos, que apresentam manifestações orofaciais.

A **síndrome de Down** ocorre por uma alteração genética, com a presença de um cromossomo a mais total ou parcialmente, conhecido como trissomia do cromossomo 21. Os indivíduos com síndrome de Down apresentam características (fenótipo) físicas associadas: olhos amendoados, uma única prega palmar, maior propensão ao desenvolvimento de doenças cardíacas, respiratórias, entre outras, hipotonia muscular, baixa estatura, desenvolvimento físico e mental mais lentos e deficiência intelectual, que podem variar em sua gravidade de uma pessoa para outra. As manifestações bucais comuns na síndrome de Down são: a protrusão da língua causada pela hipotonia e pelo tamanho reduzido da cavidade oral,

palato ogival, erupção dental irregular e com atraso, alterações dentais, como hipodontia, microdontia e outras alterações de forma, hipocalcificação do esmalte e defeitos de oclusão dental, às vezes causados por hipoplasia da maxila.

A **síndrome de Klinefelter** é causada por um aumento do número de cromossomos sexuais X em indivíduos do sexo masculino (47XXY, 48XXXY, 49XXXXY). Quanto maior o número de cromossomos extras, mais grave será o comprometimento, que se caracteriza por: estatura aumentada, hipogonadismo, silhueta ginecoide, obesidade centrípeta, pênis pequeno, ginecomastia, comprometimento intelectual e hipoplasia testicular, levando à esterilidade. Os aspectos orais são: fenda ou fissura palatina, agenesias dentais, dentes impactados, mordida aberta anterior e mordida cruzada, prognatia, hipoplasia dentinária.

A **síndrome de Turner** é causada por uma monossomia do cromossomo X (45XO) que compromete as pessoas do sexo feminino, apresentando: baixa estatura, pescoço alado, infantilismo sexual, ovários rudimentares, amenorreia primária. Essa síndrome apresenta muitos aspectos orais: hipodontia, taurodontia, doenças periodontais, palato alto, micrognatia, microdontia, macroglossia, hipoplasia maxilar e mandibular, má oclusão, depressão nos cantos da boca, esmalte irregular, agenesia, curva de Spee assimétrica.

A **síndrome de Treacher Collins ou disostose mandibulofacial** tem um padrão de herança autossômico dominante e os indivíduos afetados apresentam: posição antimongoloide dos olhos, malformação da pálpebra inferior, microtia comprometendo a acuidade auditiva, fissura palatina, hipoplasia dos ossos faciais, como malar, maxila e mandíbula, dando ao paciente uma fisionomia de "face de peixe".

A **hipofosfatasia** é uma aberração causada pela falta da enzima fosfatase alcalina que participa do processo de biomineralização. Na sua ausência, a calcificação defeituosa provoca anormalidades esqueléticas, queda precoce da primeira dentição, dentina e cimento defeituosos e inflamação periodontal.

O **raquitismo resistente à vitamina D** (hipofosfatemia) é uma doença ligada ao cromossomo X, onde ocorre comprometimento dos ossos e dos dentes que apresentam hipoplasia do esmalte e câmara pulpar grande.



As alterações cromossômicas são responsáveis por cerca de 60 síndromes diferentes. Caro aluno, você pode aprofundar seus conhecimentos sobre as síndromes relacionadas à odontologia lendo separadamente os conteúdos do capítulo 19 - Odontologia e Genética, do livro *Genética baseada em evidências - síndromes e heranças*. Disponível em: <<http://www.sindromededown.com.br/?p=498>>. Acesso em: 1 nov. 2017. (CEPEC-SP, 2104). Anormalidades da erupção: p. 4-9; Anomalias hereditárias da boca e dentes: p. 9-17; Aberrações causadas por genes recessivos e ligados ao sexo: p. 17-21. Veja também as aberrações causadas por poligenes: p. 21-32; Anomalias cromossômicas: p. 32-42.

Estude com afinco e entenda como diferentes síndromes podem afetar o atendimento odontológico aos pacientes especiais.

As repercussões genéticas nos pacientes de grupos especiais e PCDs: malformações congênitas orofaciais relacionadas à odontologia para PNEs

As malformações congênitas podem ser definidas como "todo defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos, que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento devido à causa genética, ambiental ou mista" (OPAS, 1984). Transtornos do desenvolvimento durante a vida fetal são a causa das malformações congênitas, que se tornam visíveis ao nascimento. Anteriormente, vimos que algumas malformações congênitas estão associadas a anormalidades cromossômicas e casos de síndromes, mas uma porcentagem delas também pode ser causada por fatores ambientais, físicos ou químicos, como uso de drogas, tabaco, consumo excessivo de álcool, medicamentos, como a hidantoína e tetraciclina, infecções viróticas e doenças contraídas durante o período da gravidez, como rubéola, toxoplasmose e diabetes; deficiências nutricionais e, ainda, por causas desconhecidas.

O desenvolvimento e o crescimento do crânio e da face possuem uma notável estabilidade metabólica. Os dentes decíduos são registros permanentes dos distúrbios metabólicos que podem ter ocorrido desde o 2º trimestre gestacional, enquanto a dentição permanente registra os distúrbios que ocorreram na formação, desde o nascimento até o 12º ano de vida. A formação definitiva dos dentes decíduos ocorre por volta do 60º dia de gestação, e o

primeiro sinal de calcificação acontece nos incisivos centrais entre o 3º e o 4º mês gestacional. Aos seis meses de vida intrauterina, todos os dentes decíduos com o 1º molar permanente já iniciaram sua calcificação. Anormalidades durante as fases de formação dos dentes podem causar alterações na forma, tamanho, número e estrutura e na velocidade de erupção dos dentes, e a identificação dessas alterações no paciente permite correlacionar em quais momentos do desenvolvimento ocorreram as perturbações metabólicas.

A maioria das malformações bucomaxilofaciais de interesse odontológico está relacionada a defeitos congênitos hereditários. Conheceremos algumas das manifestações orofaciais relacionadas a malformações congênitas:

Agenesia: é a ausência total ou parcial dos dentes, geralmente atingindo os 3ºs molares, incisivos laterais superiores e pré-molares inferiores. Tem um caráter hereditário autossômico dominante e pode ou não estar relacionada a síndromes, como a displasia ectodérmica, a picnodisostose de Maroteaux-Lamy, a síndrome de Down, entre outras.

Hiperdontia: é caracterizada pela presença de dentes supranumerários que muitas vezes não erupcionam, principalmente na dentição permanente, comprometendo a erupção e o posicionamento dos dentes nas arcadas. Dentes supranumerários ocorrem na síndrome de Garder, síndrome de Hallerman-Streiff, Ellis-Van-Creveld, disostose cleidocraniana e mais frequentemente na paquioniquia congênita.

Hipoplasia do esmalte e da dentina: ocorre um defeito na estrutura do esmalte e da dentina por falhas na mineralização que se manifesta como manchas e até erosões no esmalte e pode ser encontrado em síndromes, como de Goltz e osteogênese imperfeita.

Microdontia e macrodontia: são alterações no tamanho dos dentes e estão relacionadas a síndromes, como a de Down e de Turner, e doença de Crouzon.

Taurodontia: é o aumento da coroa do dente com uma câmara pulpar ampla, mas raízes pequenas.

Dens in dente: é uma condição autossômica dominante, mais frequente em incisivos laterais superiores, em que ocorre uma invaginação da superfície externa do dente e que pode favorecer o surgimento de cáries.

Fusão: é transmitido por gene dominante. Ocorre quando dois germes dentários se unem formando uma única coroa, geralmente entre os incisivos, que podem ter duas raízes ou uma raiz sulcada.

Fissuras labiopalatinas: são fendas chamadas popularmente de “lábio leporino” que podem acometer o lábio ou o palato ou os dois ao mesmo tempo. A origem das fissuras ainda não está totalmente esclarecida, mas admite-se que elas podem ser causadas por vários fatores, como genéticos, que contribuem para a formação de fissuras labiopalatinas em casos sindrômicos, como a síndrome de Pierre Robin, síndrome de Treacher Collins, síndrome de Apert, alguns casos de síndrome de Down, mas também ocorrem sem associação com síndromes, por erros herdáveis no desenvolvimento. Diversos genes sindrômicos e não sindrômicos estão associados à formação de fendas ou fissuras labiopalatinas, incluindo *cleft lip and palate transmembrane protein 1* (CLPTM1) e GAD1, que interagem para a correta oclusão dos tecidos do palato. Mutações no gene HYAL2 foram associadas à formação de lábio e palato fendidos, e variações nos genes IRF6, PVRL1 e MSX1 estão associadas a casos sindrômicos de fissuras. Além de fatores genéticos, influências ambientais também podem causar fissuras labiopalatais, como ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo durante os primeiros estágios da gestação. A alimentação durante a gravidez também é outro fator que contribui para a malformação do palato. O modelo de herança das fissuras não sindrômicas pode ser, então, considerado como multifatorial, ou seja, a ocorrência da doença dependerá da interação entre fatores genéticos e ambientais.

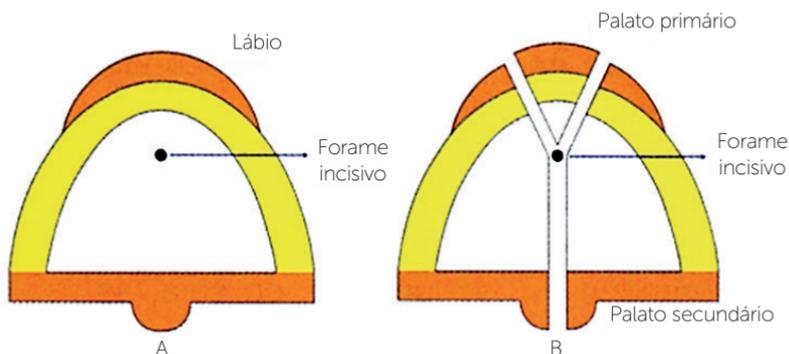
As **fissuras labiopalatinas** são defeitos congênitos comuns que resultam em malformações que atingem a face. Estima-se que, no Brasil, a incidência de fissuras labiopalatinas oscile em torno de 1:650. Como vimos anteriormente, essas malformações têm uma etiologia complexa e multifatorial, podem incluir predisposições genéticas, como hereditariedade e quadros sindrômicos, além de fatores teratogênicos ambientais, como uso de bebida alcoólica, cigarros, medicamentos anticonvulsivantes e corticoides. Esses fatores causam defeitos ou ausência total de fusão das estruturas embrionárias que se unem para formar o lábio e o palato.

A formação da face e do palato acontece precocemente na vida intrauterina (IU) com início na 4ª semana gestacional. Na 8ª semana, os processos faciais embrionários já estão fusionados e, na 12ª semana, os processos palatinos se completam, formando

a coalescência, separando as cavidades bucal e nasal. Veja como é rápida a formação da face e do palato, e é nessa fase do período embrionário ou no início do período fetal que podem ocorrer as malformações. As fissuras de lábio e de rebordo alveolar se formam até a 8ª semana, enquanto as fissuras de palato são estabelecidas até a 12ª semana gestacional.

A partir do nascimento, as fissuras podem ser diagnosticadas e tratadas de forma correta. O tratamento geralmente inclui cirurgias e procedimentos extracirúrgicos, em épocas oportunas do crescimento da criança, e tem como objetivo a reconstrução ou a correção do defeito anatômico, a recuperação estética e funcional para que o indivíduo possa alcançar a integração e a realização psicossociais (TRINDADE, 2007). A reabilitação total do paciente pode requerer muitos anos de tratamento e se estender até a maturidade esquelética. O protocolo de tratamento mais adequado das malformações e seu prognóstico dependerá do tipo de fissura e sua extensão. As fissuras labiopalatinas podem ocorrer com uma grande variedade de formas e extensão das malformações. Para facilitar seu diagnóstico, prognóstico e a escolha do melhor plano de tratamento, pode-se adotar um sistema de classificação das fissuras labiopalatinas. Adotaremos aqui a classificação de Spina (1972), modificada por Silva Filho et al. (1992), que considera as estruturas embrionárias afetadas e o forame incisivo como referência anatômica. Veja a figura a seguir para entender melhor os tipos possíveis de fissuras e em seguida a classificação delas:

Figura 1.4 | A) Ilustração esquemática representando a maxila e o forame incisivo como referência anatômica para a classificação de Spina. B) Origens embrionárias da maxila: palatos primário e secundário. O forame incisivo delimita a formação embrionária das estruturas maxilares



Fonte: Trindade (2007, p. 19).

Fissuras pré-forame incisivo: envolvem somente o palato primário, ou seja, afetam o lábio e/ou o rebordo alveolar até o forame incisivo. A fissura pode ser incompleta, como um pequeno corte no vermelho do lábio, ou completa, atingindo toda a extensão do palato primário, separando a pré-maxila e rompendo o assoalho nasal. Podem ocorrer só de um lado (unilateral) ou dos dois lados (bilateral) ou no meio (mediana).

Fissuras transforame incisivo: são fissuras que envolvem totalmente o palato primário e o palato secundário, atravessando o rebordo alveolar desde o lábio até a úvula. Também podem ser unilaterais, bilaterais ou medianas.

Fissuras pós-forame incisivo: envolvem apenas o palato. O lábio e os dentes não são afetados. Podem ser fissuras completas, quando atingem o palato duro e mole na região posterior do forame incisivo.

Fissura submucosa: esse tipo de malformação é considerado como uma forma subclínica, pois a camada da mucosa do palato permanece íntegra. Ocorre no palato secundário um defeito na musculatura do palato mole e/ou no tecido ósseo do palato duro, mas pode ocorrer também associada à fissura de palato primário ou a síndromes.

Fissuras raras de face: são fissuras muito incomuns que ocorrem na bochecha, pálpebras, orelha, nariz e ossos do crânio e face.

Veja na Figura 1.5 casos representando a diversidade de formas e amplitudes das fissuras labiopalatinas.



Figura: 1.5 | Fissuras labiopalatinas



Fonte: <<http://www.crechesegura.com.br/wp-content/uploads/2016/11/TIPOS-DE-FISSURA-LABIAL-E-FENDA-PALATINA.jpg>>. Acesso em: 31 out. 2017.

As fissuras labiais implicam alteração estética e de fala, dependendo da amplitude da fissura, que pode se estender até a fossa nasal, comprometendo também a simetria do nariz. As fissuras que atingem o rebordo alveolar comprometem não só a estrutura óssea, mas, geralmente, também influenciam a condição odontogênica. Os incisivos laterais superiores do lado da fissura são comumente afetados, podendo ocorrer agenesia e a presença de um dente supranumerário chamado pré-canino. Os defeitos ósseos também podem comprometer o periodonto de outros dentes adjacentes à fissura e levar à perda do elemento dental. Além disso, as fissuras mais extensas, como as fissuras completas, podem causar alterações nos músculos da face, abertura da mandíbula, desvios do septo e achatamento da cartilagem alar nasal. Implicações mais importantes

das fissuras completas do palato são os comprometimentos funcionais velofaríngeos, que geralmente causam lentidão na amamentação por dificuldade em sucção, dificuldade de ingestão de alimentos e refluxo nasal de alimentos durante a deglutição, alterações na fala, além de comprometimento otológico e auditivo. As alterações de fala comuns são a hipernasalidade do som, a emissão nasal de ar e a articulação compensatória.

Assistência odontológica ao paciente com fissura labiopalatina

A reabilitação das fissuras labiopalatinas é um processo contínuo, multidisciplinar e individualizado, em que é adotada uma conduta terapêutica específica para cada paciente, pois cada caso é um caso. A forma dos tratamentos necessários para conduzir a reabilitação variará de um paciente para outro, considerando alguns aspectos, como: o tipo de fissura, a indicação ou não de cirurgias, a presença de cáries, a expectativa do paciente ou da família e a possibilidade de acompanhamento do tratamento. De forma geral, as fissuras orais mais simples normalmente requererão um tratamento mais simplificado, enquanto as mais complexas exigirão terapias mais intensas e de longa duração.



Assimile

As diferentes formas de fissuras labiopalatinas e suas implicações representam a singularidade de cada caso, que determinará o tipo de tratamento necessário à recuperação de cada indivíduo. Os recursos odontológicos utilizados no processo reabilitador dos pacientes com fissura labiopalatina poderão ser simples ou complexos, a reabilitação odontológica é individual, extensa e essencial para o resultado final.

A odontologia tem um papel importante no processo de reabilitação das fissuras na cavidade bucal, já que elas têm uma relação estreita com os dentes e seus tecidos de suporte. Como membro da equipe de reabilitação, o CD deve acompanhar o paciente com fissura oral mesmo antes das cirurgias de correção, atuando na prevenção, obtenção e manutenção da saúde bucal durante todas as fases do tratamento. O odontopediatra tem um papel importante desde a fase inicial do tratamento até a aquisição da dentição permanente completa, fazendo o acompanhamento

odontológico dessas crianças, na preservação dos dentes e seguindo o crescimento craniofacial. O controle da cárie dentária é um aspecto extremamente importante para a reabilitação de pacientes com fissuras orais. A prevenção da cárie tem início antes da irrupção dos dentes, quando o CD ajuda a instituir um hábito saudável nos bebês, orientando a limpeza da boca com fralda ou gaze e água filtrada, e após a erupção dos dentes, orientando a escovação, que deve ser supervisionada pelos responsáveis dos pacientes enquanto crianças. A cárie pode causar contaminação em áreas cirúrgicas, infecção, dor no pós-operatório e interferir na cicatrização, então, deve ser totalmente removida e os dentes restaurados com material definitivo. O posicionamento dos dentes nas arcadas e as correções dos maxilares durante o crescimento podem indicar a necessidade ou não do uso de ortopedia maxilar pré-cirúrgica ativa ou passiva. A ortopedia ativa utiliza elásticos, faixas, esparadrapos, especialmente para reposicionar a porção anterior da maxila ou da pré-maxila, antes da queiloplastia (plástica do lábio), mas pode não ser necessária, pois a própria cirurgia funciona como uma cinta muscular, que retrai gradualmente a região anterior à maxila e rearranja os segmentos palatinos. A ortopedia passiva usa placas acrílicas no palato, previamente à palatoplastia (plástica do palato), e pode ajudar a eliminar a interferência da língua na região da fissura e permitir a horizontalização das lâminas palatinas, além de tranquilizar a mãe durante a alimentação.

O tratamento ortodôntico na dentadura decídua é indicado em casos de alterações funcionais ou quando é necessário obter estabilidade de movimento. No período de dentadura mista, o tratamento ortodôntico tem a função de corrigir os problemas mais comuns, como a atresia maxilar e a discrepância maxilar anteroposterior, e deve ser feito antes da realização de enxerto ósseo alveolar secundário, nos casos indicados. Entretanto, para a decisão de se usar o tratamento ortodôntico em crianças com fissura oral, deve-se levar em consideração a importância da adesão do paciente e da família, a maturidade da criança e a possibilidade de acompanhamento do tratamento, pois o aparelho ortodôntico pode dificultar a higienização e aumentar o risco à carie.

O enxerto ósseo alveolar secundário é indicado para o reparo da fissura óssea. Ele tem a função de corrigir cirurgicamente o defeito anatômico, utilizando tecido ósseo da crista ílica do próprio

indivíduo ou um material à base de proteína morfogenética óssea (BMP). A correção da fissura com enxerto ósseo permite que a irrupção e a movimentação ortodôntica dos dentes possam ocorrer na região corrigida. A idade ideal para sua realização é por volta dos 9 aos 11 anos, antes da irrupção do canino permanente. A ortodontia corretiva faz a finalização do tratamento, nivelando e alinhando os dentes da maxila e mandíbula em suas bases ósseas e entre si. Quando ocorre uma discrepância entre maxila e mandíbula sem a possibilidade de correção por meio de ortodontia ou ortopedia, pode ser indicada a realização de cirurgia ortognática para reparar esta diferença. A cirurgia ortognática é um procedimento extenso e deve ser realizada após o término do crescimento.

A finalização do tratamento odontológico em paciente com fissuras orais se dá com a reabilitação estética. Vários procedimentos podem ser indicados, dependendo da necessidade de cada paciente. Por exemplo, pode ser necessária a transformação anatômica de dentes anteriores, principalmente de caninos em incisivos, a utilização de próteses ou implantes dentários para reposição de dentes ausentes na área do enxerto e cirurgias periodontais para melhora nas funções e na estética gengival e dos tecidos de suporte dos dentes. Em alguns casos de pacientes com fissura labiopalatina não é possível realizar a correção cirúrgica. Os motivos podem ser a recusa do paciente em fazer a cirurgia ou porque não é possível realizar a reparação adequada, pois os recursos cirúrgicos são limitados, por exemplo, por ausência de tecido palatino, palato insuficiente e sequelas. Esses casos podem requerer a reabilitação odontológica tanto para aspectos estéticos como funcionais, como a confecção de prótese de palato para restaurar o defeito anatômico e melhorar a condição da fala. Esse procedimento necessita que protesista e fonoaudiólogo trabalhem em conjunto para obtenção de melhores resultados.



Exemplificando

Figura 1.6 | Exemplos de intervenções odontológicas para reabilitação estética e funcional de pacientes com fissuras orais

Tratamento ortodôntico



Prótese de palato



Fonte: <<http://www.faceamiga.org.br/index.php?page=casos>>. Acesso em: 31 out. 2017.



Refleta

Caro aluno, você saberia para onde encaminhar um paciente com fissura labiopalatina para receber atendimento especializado? Reflita sobre a importância do tratamento precoce desses casos para a integração psicossocial do indivíduo e veja a localização de uma das 28 unidades de saúde credenciadas no Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento de pacientes com fissura labiopalatina. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/13-media-e-alta-complexidade/12824-estabelecimentos-de-saude-habilitados-fissura-labiopalatal>>. Acesso em: 31 out. 2017. (Portal da Saúde do SUS).

Sem medo de errar

Caro aluno, lembraremos agora o caso da paciente A.C., uma criança de 3 anos que foi atendida pela Maria Eduarda durante seu estágio. A criança A.C. nasceu com uma fissura labiopalatina que resultou em sequelas bucais, já que as fissuras afetam o desenvolvimento de dentes decíduos e permanentes. As primeiras observações de Maria Eduarda no atendimento inicial foi que A.C. possuía fissura no lábio superior esquerdo e emitia um som

anasalado ao falar. Qual seria a melhor conduta para a assistência odontológica de A.C.?

Inicialmente, devemos sempre considerar a importância de uma anamnese completa para o atendimento de qualquer paciente que busca tratamento odontológico. Durante a anamnese de A.C., Maria Eduarda questionou os pais sobre o histórico de saúde e os tratamentos prévios que a criança recebeu. Após a anamnese, Maria Eduarda foi capaz de entender que A.C. nasceu com uma fissura labiopalatina, mas ainda não havia recebido o tratamento adequado, que geralmente deve iniciar na criança enquanto ainda bebê. O exame intraoral deve ser realizado em seguida, e solicitados os exames complementares para o diagnóstico correto e a elaboração de um plano de tratamento adequado. Durante o exame clínico, Maria Eduarda percebeu que A.C. tinha, além da fissura labial, uma fissura no palato do lado esquerdo, que se comunicava com a cavidade nasal, dentes mal posicionados e a falta do incisivo lateral do lado da fissura. A não realização da cirurgia de correção da fissura palatina causou alterações na erupção dental e de posicionamento dos dentes de A.C. Frente a esses fatos, reflita: como esse quadro pode afetar o curso da assistência odontológica desses PNEs? Como deve ser a abordagem desses pacientes? Como deve ser a abordagem desses pacientes e de sua família/cuidadores para o oferecimento de um atendimento adequado? É possível elaborar um protocolo para atendimento de pacientes com malformações congênitas orofaciais?

Os casos de fissuras labiopalatinas possuem muitas variáveis. O planejamento do tratamento de fissuras labiopalatinas depende inicialmente do tipo de fissura e de sua extensão. Também é importante saber se a fissura é uma condição isolada ou associada a outras condições sistêmicas que poderiam complicar o tratamento. Os casos como de A.C. devem ser encaminhados para centros especializados em tratamento de fissuras labiopalatinas, pois esses pacientes necessitam de uma equipe multidisciplinar para a resolução completa dessa malformação congênita. Maria Eduarda deve ser capaz de orientar os pais de A.C. quanto às possibilidades de tratamento nesses centros especializados e encaminhá-los para a realização das cirurgias corretivas das fissuras e para a reabilitação oral. Entretanto, é possível e indicado que a paciente A.C. e seus pais recebam as orientações quanto à higiene oral da criança, para evitar o surgimento de cáries e gengivite. O tratamento das fissuras labiopalatinas geralmente se inicia logo após o nascimento

e a reabilitação completa pode levar anos, até a adolescência do paciente. Entretanto, cada caso deve ser tratado de forma individualizada, dificultando, assim, a proposição de um protocolo de atendimento para todos os casos de fissura labiopalatina.

Avançando na prática

Fissura labiopalatina bilateral

Descrição da situação-problema

A paciente A.S., de 7 anos, portadora de fissura (fenda labiopalatina), foi encaminhada para o centro de referência no tratamento de defeitos da face do seu estado, para tratamento. Na anamnese, os pais relataram que sua prima G.D., recém-nascida, residente no mesmo sítio, também apresenta malformação na região labial. A mãe relatou não ter feito uso de bebida alcoólica, tabaco e medicamentos sem prescrição, no entanto, como trabalhadora rural, teve contato com pesticidas utilizados na lavoura, nunca usou proteção, porque não sabia que era importante. Relatou ainda que a criança tinha dificuldade para se alimentar e que não queria ir à escola, pois tinha vergonha. Ao exame clínico, constatou-se que a menina apresenta fissura labiopalatina bilateral. Diante do exposto, qual é o procedimento a ser seguido? É possível que o agrotóxico utilizado tenha influenciado o desenvolvimento da malformação?

Resolução da situação-problema

Caro aluno, diante de tudo o que você estudou sobre fissuras (fendas) labiopalatais, elas são consideradas multifatoriais, podem ser desencadeadas por alterações genéticas, como também por fatores extrínsecos. É importante que se realize o aconselhamento genético para que sejam avaliados os riscos familiares. O pesticida é um fator extrínseco, que é considerado teratogênico, mas há a necessidade dos exames genéticos para descartar a alteração genética e a possibilidade de alterações devido ao uso de agrotóxicos piretroides. A criança deve ser encaminhada para acompanhamento psicológico e cirúrgico. O planejamento do tratamento deve considerar todas as fases para a reabilitação oral, pois a paciente necessita de cirurgias que visam restabelecer a estética e as funções orais com equipe multidisciplinar.

Faça valer a pena

1. A síndrome de Down ocorre por uma alteração genética com a presença de um cromossomo a mais, total ou parcialmente, conhecido como trissomia do cromossomo 21. Os indivíduos com síndrome de Down apresentam um conjunto de sinais e sintomas específicos e manifestações bucais comuns. São características da síndrome de Down:

Assinale a única alternativa correta que completa a frase:

- a) Olhos amendoados, deficiência intelectual e dentição normal.
- b) Hipotonia muscular, doença cardíaca congênita e erupção dental regular.
- c) Olhos amendoados, doença cardíaca congênita e palato ogival.
- d) Olhos amendoados, erupção dental regular e fissura labiopalatina.
- e) Hipotonia muscular, macrodontia e erupção dental regular.

2. As malformações congênicas podem ser definidas como “todo defeito na constituição de algum órgão ou conjunto de órgãos que determine uma anomalia morfológica estrutural presente no nascimento devido à causa _____, _____ ou mista” (OPAS, 1984).

Assinale a alternativa que corretamente completa as lacunas:

- a) Ambiental, teratogênica.
- b) Genética, sindrômica.
- c) Sindrômica, cromossômica.
- d) Genética, ambiental.
- e) Cromossômica, ambiental.

3. Sobre as fissuras labiopalatinas:

I - O modelo de herança das fissuras não sindrômicas é considerado como multifatorial, ou seja, a ocorrência da doença dependerá da interação entre fatores genéticos e ambientais.

II - Fatores genéticos contribuem para formação de fissuras labiopalatinas e não ocorrem sem associação com síndromes.

III - As fissuras labiais implicam alteração estética e de fala, dependendo da amplitude da fissura, que pode se estender até a fossa nasal, comprometendo também a simetria do nariz.

IV - As fissuras que atingem o rebordo alveolar comprometem só a estrutura óssea, mas não influenciam a condição odontogênica.

V - O protocolo de tratamento mais adequado das malformações e seu prognóstico dependerão do tipo de fissura e sua extensão.

Após análise das afirmativas sobre as fissuras labiopalatinas, é correto apenas o que se afirma em:

- a) I e IV.
- b) I e III.
- c) I, II, III e V.
- d) II, III e V.
- e) I, III e V.

Referências

ADA - American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 40, n. Suppl 1, p. 11-24, jan. 2017.

ANDRADE, E. D. de (Org.). **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas, 2014.

APUFPR – Ssind. Projeto torna obrigatório fornecimento de aparelhos de pressão pelo SUS. 2016. Disponível em: <<http://apufpr.org.br/projeto-torna-obrigatorio-fornecimento-de-aparelhos-de-pressao-pelo-sus/>>. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial [da União], Poder Executivo, 3 dez. 2004, p. 5. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Art. 2º. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em 23-11-2017.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde bucal**. Cadernos de Atenção Básica, n. 17 Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/abcdad17.pdf>> Acesso em: 18 set. 2017.

CALDAS JR., A. F.; MACHIAVELLI, J. L. (Orgs.). **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência**: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal. Recife: Universitária da UFPE, 2015.

CAMPOS, C. C. et al. **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. 2009, p. 4. Disponível em: <https://odonto.ufg.br/up/133/o/Manual_corrigido-.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

CFO - Conselho Federal de Odontologia. **Cursos de especialização**. 2009-2011. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/cursos-de-especializacao/>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

CEPEC-SP - Centro de Estudo e Pesquisas Clínicas de São Paulo. **Genética baseada em evidências**: síndromes e heranças. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.sindromedownload.com.br/?p=498>>. Acesso em: 16 out. 2017.

CROSP – Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo. **Os 10 mandamentos dos cuidados que os pacientes com necessidades especiais necessitam**. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/zByicr>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. [s.d.]. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/camara_tecnica/artigos/15.html>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FACE AMIGA. **Atendimento**: casos. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.faceamiga.org>>.

br/index.php?page=casos>. Acesso em: 24 out. 2017.

GARGIONE, C. É preciso muito preparo, dedicação e desprendimento para atender pacientes especiais. *Jornal da APCD*, p. 26-27, ago. 1998. In: CÂMARA TÉCNICA DE ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. [s.d., p. 3]. Disponível em: <<http://www.crosp.org.br/uploads/paginas/91f0ce54025e2ab5eb3e100e792e3062.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

GUEDES PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 7. ed. São Paulo: Santos, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. **Censo Demográfico 2010**: resultados. 2012. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 18 set. 2017.

INFO HOJE. **O que é hipoglicemia**: sintomas, causas e tratamento. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.infohoje.com.br/hipoglicemia-sintomas-causas-tratamento.html>>. Acesso em: 2 out. 2017.

MUGAYAR, F. R.L. **Pacientes portadores de necessidades especiais**: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast, 2000.

OLIVEIRA, F. C. et al. Doença periodontal e diabetes mellitus: revisão de literatura. *Revista Gestão & Saúde*, v. 16, n. 2, p. 32-41, abr./jun. 2017.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Tradução e revisão: Amélia Leitão. Lisboa: OMS, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Doenças cardiovasculares**. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 18 set. 2017.

PERES, S. et al. Odontologia e genética. In: MUSTACCHI, Z. et al. **Genética baseada em evidências**: síndromes e heranças. São Paulo: CID, 2000.

PORTAL DA SAÚDE DO SUS. **Estabelecimentos de saúde habilitados**: fissura labiopalatal. [s.d.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/l3-media-e-alta-complexidade/12824-estabelecimentos-de-saude-habilitados-fissura-labiopalatal>>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. **Prevenção e controle de enfermidades genéticas e os defeitos congênitos**. Relatório de um grupo de consulta. Washington: OPAS/OMS; 1984.

SABBAGH-HADDAD, A.; MAGALHÃES, M. G. H. Introdução. In: SABBAGH-HADDAD, A. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**. São Paulo: Santos, 2007.

SANTOS, M. T. B. R.; HADDAD, A. S. Quem são os pacientes com necessidades especiais? In: CARDOSO, R. J. A, MACHADO, M. E. L. **Odontologia arte e conhecimento**. São Paulo: Artes Médicas-Divisão Odontológica, 2003.

- SAMU 192. Disponível em: <<http://www.samu192df.com.br/site/index.html>>. Acesso em: 6 out. 2017.
- SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Cardiômetro**: mortes por doenças cardiovasculares no Brasil. 2017. Disponível em: <<http://www.cardiometro.com.br/antiores.asp>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- SBD - Sociedade Brasileira De Diabetes. **O que é diabetes?** 2017. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes>>. Acesso em: 14 set. 2017.
- SEDÝ, J. et al. Mechanism of increased mortality in hemodialysed patients with periodontitis. **Med Hypotheses**, v. 74, n. 2, p. 374-376, fev. 2010.
- SHI, Q. et al. Association between Myocardial Infarction and Periodontitis: A Meta-Analysis of Case-Control Studies. **Front Physiol**, [s.l.], v. 7, p. 519, 2016.
- SILVA, L. C. P.; CRUZ, R. A. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais: protocolos de atendimento clínico**. São Paulo: Santos, 2009.
- SILVA FILHO, O. G. et al. Classificação das fissuras labiopalatinas: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Rev. Bras. Cir.**, São Paulo, v. 82, p. 59-65, 1992.
- SPINA, V. et al. Classificação das fissuras labiopalatinas: sugestão de modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.
- STRUFALDI, M. B. **A criança com fissura labial e fenda palatina na escola**. 2016. Disponível em: <<http://www.crechese segura.com.br/wp-content/uploads/2016/11/TIPOS-DE-FISSURA-LABIAL-E-FENDA-PALATINA.jpg>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- TEIXEIRA, C. da S. et al. Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. **Rsbo**, v. 1, n. 5, p. 134-140, 2008.
- TUBIANA, S. et al. Dental procedures, antibiotic prophylaxis, and endocarditis among people with prosthetic heart valves: nationwide population based cohort and a case crossover study. **BMJ**, [s.l.], v. 358, p. 3776, set. 2017.
- URGÊNCIAS FAMILIARES. **ABC da ressuscitação**. [s.d.]. Disponível em: <<http://urgenciasfamiliares.com/abc-da-ressuscitacao/>>. Acesso em: 2 out. 2017.
- TRINDADE, I. E. K. et al. **Fissuras labiopalatinas**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos, 2007.
- VARELLIS, M. L. Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia**: manual prático. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013.
- WHO - World Health Organization. **Diabetes**: Global Report on Diabetes. Disponível em: <<http://www.who.int/diabetes/publications/grd-2016/en/>>. Acesso em: 14 set. 2017.

Abordagem odontológica e manejo de PCD

Convite ao estudo

Caro aluno, estamos iniciando a Unidade 2 da nossa disciplina. Nesta unidade, daremos continuidade ao aprendizado adquirido na unidade anterior, na qual discutimos sobre os assuntos introdutórios ao estudo da atenção odontológica para o idoso e o PCD (pessoa com deficiência). Aqui abordaremos as possibilidades de assistência odontológica à PCD, considerando a adequação do plano de tratamento de acordo com as limitações desses pacientes e as possíveis situações de urgências e emergências relacionadas às condições especiais do PCD no atendimento odontológico. Ressaltaremos aqui o importante papel do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de assistência à saúde do PCD. Discutiremos como o conhecimento ajuda o profissional a ter confiança e segurança na abordagem ao paciente especial e seus familiares, na escolha e na execução dos procedimentos mais adequados para o tratamento individualizado para cada caso.

Para a reflexão e a análise do tema desta unidade, apresentaremos uma situação hipotética a seguir.

O plano de tratamento odontológico é uma importante etapa no atendimento dos pacientes. Ele define os procedimentos mais adequados para cada caso e é fundamental no atendimento ao paciente com deficiência. Em uma clínica odontológica, o atendimento é realizado de forma multidisciplinar. Orlando e Juliana trabalham na clínica e receberam Tiago, um rapaz de 34 anos que busca tratamento odontológico, e sua acompanhante. Na primeira consulta, foi possível observar que Tiago tinha dificuldades motoras. A anamnese de Tiago mostrou que ele havia sofrido um

grave acidente que o deixou sistemicamente comprometido, incluindo problemas neurológicos e hematológicos. Tiago toma medicações controladas prescritas pelo seu médico. Devido às dificuldades motoras, Tiago não consegue fazer uma higiene bucal adequada e precisa se submeter a vários procedimentos odontológicos. Diante dessa situação, como Orlando e Juliana devem planejar o tratamento de Tiago para restabelecer sua saúde bucal?

No decorrer desta unidade, nos confrontaremos com situações complexas no atendimento à PCD que pode apresentar periodontite, problemas neurológicos e hematológicos e, juntos, elaboraremos o plano de tratamento odontológico e as soluções para possíveis situações de urgência e emergência na assistência à PCD; portanto, estude com muita atenção o quadro "Não pode faltar", para que você adquira novos conhecimentos que podem o ajudar nessas questões.

Seção 2.1

Possibilidades de assistência odontológica à PCD

Diálogo aberto

Caro aluno, a escolha de um plano de tratamento odontológico é uma importante etapa no atendimento dos pacientes. Ele define os procedimentos mais adequados para cada caso e é fundamental no atendimento à pessoa com deficiência. O paciente com deficiência necessita que o seu atendimento seja realizado de forma multidisciplinar. Tiago, por exemplo, um rapaz de 34 anos, buscou tratamento odontológico acompanhado de um familiar. Orlando e Juliana receberam-no em sua primeira consulta na clínica. Nesse primeiro contato, já foi possível perceber que Tiago tinha dificuldades motoras, e a anamnese revelou que Tiago havia sofrido um grave acidente que o deixou sistemicamente comprometido, incluindo problemas neurológicos e hematológicos. Tiago tem que tomar medicações controladas, prescritas pelo seu médico e, devido às suas dificuldades motoras, como tremores e dificuldade para manter a abertura de boca, ele não consegue fazer uma higiene bucal adequada. Por isso, ele apresenta doenças bucais que precisam de tratamento. Orlando e Juliana devem, juntos, planejar o tratamento de Tiago para restabelecer sua saúde bucal. O exame radiográfico complementar de Tiago revelou um quadro de periodontite com perda óssea severa e presença de exsudato em alguns dentes, cuja indicação de tratamento seria a exodontia. O dente 25 possuía uma lesão periapical extensa relacionada à destruição da coroa do dente por cárie. Sistemicamente, Tiago apresentava ainda um quadro crônico de anemia. Conhecendo o quadro de saúde geral, bucal e comportamental do paciente, quais seriam as possibilidades de assistência odontológica para Tiago? Quais possíveis procedimentos e equipamentos acessórios poderiam ser utilizados para viabilizar o atendimento da PCD com dificuldades motoras como as de Tiago?

Possibilidades de assistência odontológica à PCD:

Inicialmente, relembremos o conceito de PCD:



é a pessoa que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Art. 2º Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009; Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015).

As limitações podem ser de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, temporárias ou permanentes, e impedem o paciente de ser submetido à assistência odontológica convencional (BRASIL, 2006). Devido às suas limitações, muitas PCD pertencem ao grupo de alto risco para a cárie e a doença periodontal, isso, geralmente, quando apresentam características, como a falta de habilidade motora para manutenção de sua saúde bucal e redução do fluxo salivar causada pelo uso de certos medicamentos. Por isso, o acompanhamento odontológico tem grande importância na manutenção da saúde bucal dos PCD.

Os procedimentos odontológicos realizados em pacientes com necessidades especiais não são diferentes dos procedimentos feitos em pacientes sem necessidades especiais. A diferença está na abordagem, no conhecimento da deficiência e algumas particularidades técnicas que auxiliam o atendimento. Dependendo do tipo de deficiência, do nível de colaboração do paciente e de sua condição física e sistêmica, é possível realizar procedimentos, como prótese, dentística, periodontia e endodontia em PCD.

O atendimento à PCD pode ser ambulatorial (no consultório) ou em ambiente hospitalar, quando é necessária anestesia geral. Certamente, a escolha do tratamento deve sempre buscar o benefício do paciente, considerando os aspectos comportamentais, de ordem geral e sua condição bucal. Independentemente do tipo de atendimento, ambulatorial ou hospitalar, são necessários uma anamnese e um exame físico criteriosos, e o conhecimento do diagnóstico do laudo médico do paciente, para que seja feito o

correto estabelecimento do plano de tratamento odontológico. O plano de tratamento deve sempre buscar o benefício do paciente e considerar o aspecto comportamental, o volume de necessidades odontológicas e o risco sistêmico e de morte do paciente.



Assimile

O plano de tratamento odontológico, seja ele realizado em ambiente ambulatorial ou hospitalar, será sempre elaborado de forma individualizada, mesmo para PCD com o mesmo diagnóstico, pois cada caso apresenta peculiaridades na sua condição geral, comportamental e bucal.

O atendimento odontológico ambulatorial à pessoa com deficiência inicia-se pelo acolhimento, passando tranquilidade e a formação do vínculo com a família e o paciente, no qual a forma de abordagem é essencial. A abordagem deve ser adequada à faixa etária e aos problemas do paciente, mas o cirurgião-dentista (CD) deve estar atento para não subestimar a capacidade intelectual dos pacientes, pois muitos possuem apenas problemas físicos. Após anamnese minuciosa, o CD deve conhecer as experiências odontológicas anteriores, o diagnóstico médico e as peculiaridades que podem interferir no tratamento. Também deve buscar integração com a equipe multiprofissional, já que a atenção integral à PCD é alcançada com a atuação interdisciplinar.

O atendimento hospitalar sob anestesia geral à pessoa com deficiência inclui, na maioria das vezes, os pacientes que não colaboram no atendimento ambulatorial e, nesse caso, o atendimento sob anestesia geral (AG) torna-se a única opção. As intervenções realizadas sob AG minimizam os riscos de acidentes ao paciente e ao profissional, e asseguram a execução da técnica correta de múltiplos procedimentos odontológicos necessários em um único momento. Isso permite a resolução rápida de agravos e a inclusão do paciente em um nível de cuidados preventivos pela redução ou eliminação de doenças. Outros candidatos ao atendimento hospitalar são os pacientes dos grupos especiais como os que apresentam doenças sistêmicas graves, como alterações hemostáticas, ou com altos níveis de ansiedade e estresse e que necessitam de tratamento odontológico cirúrgico. Mesmo que eles sejam colaboradores, esses pacientes correm riscos complexos

e precisarão de monitoração médica preventiva e/ou de suporte. Previamente à intervenção odontológica sob AG, o paciente deve ser submetido a exames laboratoriais pré-cirúrgicos (exame de sangue, níveis de hemostasia, função renal e hepática), exame médico clínico e exames complementares específicos, para a verificação da sua condição geral e aptidão ao procedimento de AG. Posteriormente à intervenção hospitalar, os pacientes devem fazer retornos periódicos de acordo com as necessidades individuais, receber educação em saúde e riscos para o desenvolvimento de doenças bucais.



Exemplificando

Veja este exemplo de atendimento odontológico restaurador realizado em centro cirúrgico hospitalar.

Figura 2.1 | A) Atendimento de PCD em bloco cirúrgico sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. B) Antes do procedimento restaurador, lesões de cárie nos dentes anteroinferiores. C) Após procedimento restaurador realizado com resina composta



Fonte: Schardosim, Costa e Azevedo (2015, p. 8).

Manobras de condicionamento para assistência odontológica à PCD

Como vimos anteriormente, o atendimento odontológico da pessoa com deficiência é individualizado e não segue um protocolo padrão, mas depende das peculiaridades de cada caso. A idade, o tipo de deficiência, o comportamento e as limitações da PCD e pacientes de grupos especiais ditarão as formas de abordagem e de atendimento específico do paciente.

No atendimento de crianças, sejam elas portadoras ou não de deficiência da função intelectual, o aspecto comportamental mais ou menos colaborativo do paciente influenciará os procedimentos odontológicos. O paciente colaborativo conversa com o dentista,

expressa sua curiosidade, compreende os procedimentos que serão realizados e responde positivamente às instruções dadas durante a consulta. A cooperação da criança depende de como ela é preparada para os procedimentos clínicos, entretanto, o CD não deve esperar uma colaboração incondicional do paciente e deve estar preparado para eventuais mudanças de comportamento, pois um mesmo paciente pode se comportar de forma diferente nas várias sessões. O CD poderá utilizar algumas das várias técnicas de manobras de condicionamento existentes, como o condicionamento lúdico-psicológico, com o objetivo de ampliar os recursos para instalar, manter ou aumentar a frequência de comportamentos colaborativos dos pacientes. As técnicas são eficazes desde que haja uma boa vinculação com seu paciente e sua família.

Os primeiros encontros com o paciente de grupo especial e/ou com deficiência serão importantes para o estabelecimento do vínculo do CD com o paciente e sua família. Como cuidados iniciais, o CD realizará as entrevistas com os pais e os pacientes, fazer a apresentação do consultório, dos instrumentais e equipamentos, tornando esses elementos familiares ao paciente, transmitindo segurança e estabelecendo uma relação de confiança com esse paciente e sua família. O manejo comunicativo é importante nesse processo, devendo ser adequado à capacidade de compreensão do paciente. As explicações e as instruções devem ser dadas calma e vagarosamente, e devem ser repetidas sempre que necessário, para diminuir o medo e a ansiedade do paciente, permitindo sua aceitação do tratamento dentário.

A técnica do "diga-mostre-faça" (tell-show-do), preconizada por Addelson em 1959 (MUGAYAR, 2000), pode ser adotada para conscientizar a criança com relação aos elementos do consultório e fazer associações mais positivas com os elementos odontológicos. As explicações sobre os equipamentos e os instrumentos e para que servem devem ser feitas de forma gradativa, sempre partindo do mais simples para os mais complexos, como o funcionamento da cadeira, da seringa de ar e água, cuspideira, sugador, do espelho e explorador clínico, do motor de alta rotação etc. Durante os procedimentos odontológicos, o CD pode empregar a técnica de distração como método para obter maior colaboração do paciente, utilizando, por exemplo, a projeção de filmes e desenhos e uso de música suave. A técnica do reforço positivo também pode ser

empregada para melhorar a colaboração da PCD e/ou paciente de grupo especial ao tratamento. O paciente é recompensado pela colaboração, seja de forma verbal com elogios ou brindes e prêmios, no caso de crianças, ao final da sessão.

Alguns métodos de manejo aversivos podem ser empregados pelo CD em pacientes pouco colaborativos; é especialmente útil para PCD que apresentam movimentos corporais involuntários e deficiências mentais que limitem severamente sua capacidade de compreensão e comunicação. Um método é o uso de contenções, que podem ser feitas por meio de dispositivos pré-fabricados e ainda com a ajuda dos pais e auxiliares. Uma vantagem das contenções é evitar o uso de métodos farmacológicos, entretanto elas só devem ser usadas para procedimentos rápidos e sem muita demanda técnica, deve visar ao conforto e à segurança do paciente, e nunca deverá ter caráter punitivo. Essa prática é controversa e pouco utilizada. Já o uso da técnica de "mão sobre a boca" (preconizado, mas pouco utilizado em odontopediatria) é controverso e não deve ser utilizada em PCD, pois o paciente especial pode não entender o que está acontecendo e assimilar o fato como uma agressão.

O controle do estresse e da ansiedade de crianças e adultos para o atendimento odontológico deve ser sempre considerado. Entretanto, atenção especial deve ser dada a pacientes com distúrbios de ansiedade e fobia, pois essas situações podem ser complicadoras na assistência à pessoa com deficiência e aos pacientes de grupo especial. A ansiedade é caracterizada como uma doença quando ela causa muito sofrimento para o indivíduo. Pacientes com essa desordem são tensos e dificilmente desligam-se de suas preocupações excessivas e incontroláveis, apresentam sintomas, como cansaço, estresse muscular, irritabilidade, enxaquecas e bruxismo. A aceitação do tratamento odontológico pelos pacientes com ansiedade exige o alívio dos principais sintomas da ansiedade generalizada. A fobia é outra condição que demanda atenção pelo CD, caracterizada por um medo incessante inexplicável, que leva ao descontrole da razão/emoção frente à causa do medo.

Nos casos de ansiedade generalizada e fobia, quando associados a problemas sistêmicos, como doenças cardiovasculares, podem ainda colocar a vida do paciente em risco durante o atendimento se o objeto de medo for o tratamento odontológico. Os pacientes ansiosos podem ser condicionados com técnicas similares às usadas

em odontopediatria. O CD deve tentar usar técnicas verbais e de distração, exercícios de relaxamento, para tentar tranquilizar o paciente, ou optar pela sedação medicamentosa com benzodiazepínicos, geralmente uma hora antes das consultas, como diazepam 5 mg para adultos, ou a sedação inalatória com óxido nitroso.

Uso de sedativos para assistência odontológica à PCD

A sedação compreende um estado moderado de depressão do córtex cerebral, em que o paciente está calmo e tranquilo, mas permanece acordado. Várias técnicas estão disponíveis para que o CD possa controlar a dor, o medo, a ansiedade e os movimentos descoordenados de algumas PCD, como alguns pacientes com deficiências mentais. O profissional que tem o conhecimento e o treinamento das técnicas de sedação poderá usar mais de uma técnica para não falhar no controle da dor e da ansiedade, e também para que o procedimento seja seguro e eficaz. Vejamos algumas das técnicas de sedação:

latrossedação é a simples tranquilização verbal adquirida pela comunicação do profissional e o paciente. O CD deve ser capaz de transmitir tal confiança e segurança ao paciente, que torna desnecessária a associação de outra técnica de sedação ou a possibilidade de reduzir a quantidade de droga administrada. A psicossedação trata-se do uso de técnicas, como a hipnose, a acupuntura, a eletroanalgesia e a eletrossedação.

A farmacossedação inclui a administração de alguma droga para que se alcance o controle da ansiedade, que pode ser administrada por diferentes vias. Dentre as vias de administração de drogas mais usadas na odontologia, podemos citar:

- *Tópico*: com o exemplo mais comum o uso de benzocaína como anestésico local.
- *Via oral*: a mais fácil e mais usada. Entretanto, essa via exige um período de latência para que a droga faça seu efeito, devendo ter atenção aos possíveis efeitos colaterais, alergias e superdosagem. Os benzodiazepínicos (BDZ) são os ansiolíticos mais empregados na clínica odontológica para se obter a sedação mínima por via oral. Os BDZ controlam a ansiedade do paciente, reduzem o fluxo salivar e o reflexo de vômito, além do relaxamento dos músculos. Podem ser

usados em pacientes hipertensos, com história de asma e distúrbios convulsivos. Apresentam poucos efeitos colaterais, como a sonolência. Veja na Quadro 2.1 exemplos de BDZ utilizados em odontologia.



Exemplificando

Quadro 2.1 | Benzodiazepínicos de maior uso em odontologia

Nome genérico	Início de ação (min)	Duração do efeito (h)
Diazepam	60	12-24
Lorazepam	120	2-3
Alprazolam	60	1-2
Midazolam	30	1-2

Fonte: adaptada de Andrade (2014, p. 26).

- *Intramuscular*: permite que uma maior quantidade da droga seja absorvida, tem rápido período de latência e efeito prolongado. Exige treinamento e acompanhamento do profissional.
- *Intranasal*: o pico plasmático é alcançado após 10 minutos da administração. Ex.: midazolam, um benzodiazepínico hidrossolúvel, sedativo e indutor rápido do sono em adultos.
- *Intravenosa*: apresenta rápida ação e reversão, mas é necessário treinamento e gera mais ansiedade no paciente, que geralmente não aceita o método.
- *Anestesia geral (AG)*: é a perda da sensibilidade dolorosa, dos reflexos vitais e da consciência pela depressão do sistema nervoso central. É indicada para os pacientes não cooperadores, muito agitados ou agressivos, com movimentos involuntários bruscos, vômito excessivo, susceptíveis a crises convulsivas, além de pacientes sensíveis ou alérgicos a anestésicos locais, como traumas ou com necessidade de cirurgias de grande porte. A anestesia geral pode ser a única opção para pacientes altamente fóbicos, ou seja, pacientes extremamente nervosos para intervenções odontológicas. Ela é restrita ao ambiente hospitalar, necessita da presença do anestesiologista especialista e tem um

risco relativamente alto para o paciente. Essas características também aumentam o custo do procedimento e colocam o cirurgião-dentista em um ambiente em que não tem familiaridade, o da rotina hospitalar. Esses motivos levam à tentativa de outras formas de atendimento com sedação antes de se indicar a anestesia geral como escolha para a realização do tratamento. Como alternativa, a sedação inalatória consciente é uma via simples e eficaz no controle da dor, medo e ansiedade, indicada especialmente para uso em pacientes de grupo especial e PCD para atendimento no consultório odontológico.

- *Inalação*: tem ação rápida no controle da dor e ansiedade e o efeito também pode ser rapidamente revertido. O CD deve realizar um treinamento específico e a técnica só é indicada para pacientes colaboradores.

A sedação inalatória com mistura de óxido nitroso/oxigênio (N₂O/O₂) é uma técnica segura no controle do medo e da ansiedade em ambiente ambulatorial na área de saúde, incluindo o consultório odontológico. O óxido nitroso, por suas características físico-químicas, permite o uso seguro em qualquer tipo de paciente, como diabéticos, hipertensos, coronariopatas, idosos, crianças e deficientes mentais. O óxido nitroso tem ação muito rápida, em poucos minutos a sedação pode ser controlada pela administração crescente de pequenas quantidades da droga, até se alcançar o efeito clínico final. O uso de óxido nitroso está sempre associado a concentrações de, no mínimo, 30% de oxigênio, evitando situações de hipoxemia, ou falta de oxigênio no sangue. Assim, a via inalatória é a única que permite ajustes das ações de uma droga no decorrer do atendimento. Na sedação inalatória, a respiração, o pulso, a pressão arterial, o tônus muscular, a pupila, os movimentos do globo ocular e das pálpebras, e a cor da pele permanecem com reações normais. O paciente permanece monitorado durante todo o tempo da sedação, por meio da observação da respiração, uso de termômetro, aparelho para medição de pressão e oxímetro, que determina a saturação de oxigênio.

O uso da analgesia com N₂O/O₂ deve ser empregado com as técnicas de condicionamento psicológico do paciente, já que este permanece consciente durante a sedação. Para pacientes considerados especiais, a sedação inalatória é uma alternativa

especialmente simples, eficaz e segura no atendimento odontológico, como uma ferramenta para o controle da dor, do medo e ansiedade (VARELLIS, 2005).

Uso de abridores de boca para assistência odontológica à PCD

Uma tecnologia bastante usada nas consultas odontológicas da PCD são os abridores de boca. Eles podem ser usados em crianças muito pequenas, em pacientes de grupo especial e PCD com pouca capacidade de comunicação e entendimento, e ainda em pacientes com limitações motoras e com paralisia cerebral. O uso de abridores de boca auxilia e facilita a visualização do campo operatório, evita acidentes e permite que os procedimentos sejam realizados com mais segurança, tanto para o paciente quanto para o profissional e os auxiliares. Para pacientes com deficiência física ou paralisia cerebral, o uso de abridor de boca minimiza os movimentos involuntários da mandíbula. Com materiais rotineiramente usados no consultório, é possível confeccionar rapidamente abridores de boca, utilizando-se afastadores de língua ou sugadores, ou bocas de garrafa pet, por exemplo. Esses artefatos são também indicados para uso domiciliar pela família, para realizar a higienização bucal diária. O CD deve orientar os familiares sobre os cuidados quanto à higienização oral, utilizando os abridores de boca, e também como devem confeccioná-los. O emprego de abridores de boca para uso domiciliar ainda é pouco divulgado e pode ser indicado para algumas pessoas com deficiências.



Pesquise mais

Veja algumas ideias para confecção de abridores de boca utilizando materiais facilmente encontrados no consultório e de baixo custo acessando os artigos:

HARTWIG, A. D. et al. **Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais**. 2015. Disponível em: <<http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/272>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CALDAS JR., A. de F. **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência**. 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2656/acpd_vol3.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 nov. 2017.



Muitas PCD e pacientes de grupos especiais são encaminhados para centros especializados para tratamento odontológico, mas muitas vezes suas condições físicas e mentais permitem o atendimento em um Posto de Saúde em seu bairro ou em consultório. Reflita sobre as causas desse fenômeno e, mais especificamente, como, mesmo diante dos recursos existentes para o condicionamento de PCD para o atendimento odontológico, a assistência a esses pacientes ainda gera ansiedade, desconforto e insegurança em cirurgiões-dentistas, geralmente causados pela falta de conhecimento e treinamento para o atendimento desses pacientes.

Sem medo de errar

No início desta seção, você conheceu o caso de Tiago, um rapaz de 34 anos que havia sofrido um grave acidente que o deixou sistemicamente comprometido, incluindo problemas neurológicos e hematológicos. Tiago não possui total controle das suas funções motoras, apresenta tremores e dificuldade de manter a boca aberta. Sistemicamente, Tiago apresentava ainda um quadro crônico de anemia e toma medicações controladas prescritas pelo seu médico.

Orlando e Juliana diagnosticaram, pelos exames clínico e radiográfico de Tiago, dentes com periodontite avançada, com grande destruição óssea e exsudato, cuja indicação de tratamento seria a exodontia. O dente 25 possuía uma lesão periapical extensa relacionada à destruição da coroa do dente por cárie, portanto necessita de tratamento endodôntico. Diante do quadro de saúde geral, bucal e comportamental do paciente, quais seriam as possibilidades de assistência odontológica para Tiago? Quais possíveis procedimentos e equipamentos acessórios poderiam ser utilizados para possibilitar o atendimento de PCD com dificuldades motoras como as de Tiago?

Inicialmente, analisaremos bem as condições bucais e sistêmicas de Tiago para definirmos um plano de tratamento odontológico mais adequado, escolhendo desde o melhor ambiente para seu atendimento, as técnicas de condicionamento, os equipamentos e os instrumentos acessórios que podem ser úteis na assistência ao paciente. Sistemicamente, Tiago tem uma condição de anemia

crônica. A gravidade dessa condição pode ser um fator de risco da vida do paciente, então, antes de qualquer procedimento, o CD deve entrar em contato com o médico para conhecer os riscos e os cuidados necessários para o atendimento das urgências cirúrgicas do paciente. Caso a condição hematológica do paciente não esteja controlada e ofereça riscos ao paciente, o atendimento odontológico de urgência deverá ser realizado em centro cirúrgico hospitalar sob anestesia geral (AG) e monitorado pelo médico.

Os procedimentos técnicos odontológicos não diferem entre pacientes com e sem necessidades especiais, mas o maior volume possível de procedimentos odontológicos deve ser executado em uma única intervenção sob AG. Por outro lado, se a condição sistêmica do paciente permitir, o atendimento poderá ser feito em ambiente ambulatorial. O CD poderá solicitar ao médico a indicação de medicação, como benzodiazepínicos para o controle da ansiedade e dos movimentos involuntários do paciente, para sua proteção e da equipe profissional, permitindo a realização adequada dos procedimentos. A sedação inalatória com mistura de óxido nítrico/oxigênio é uma boa alternativa nesse caso. As técnicas de contenção do paciente também poderão ser usadas, e a utilização do abridor de boca seria indispensável para o atendimento de Tiago. Podemos aqui enfatizar que todos os procedimentos planejados devem ser pensados primeiramente para o maior benefício do paciente. No caso apresentado, o paciente entende suas necessidades de tratamento e pode ser orientado e preparado para os atendimentos. Um plano de tratamento bem pensado traz segurança e confiança para o paciente, o cirurgião-dentista e sua equipe na realização do tratamento odontológico.

Faça valer a pena

1. Dentre os vários métodos de manejo para condicionamento do paciente para a assistência odontológica, a _____ não é indicada para ser utilizada em PCD.

Sobre PCD, assinale a alternativa que corretamente preenche a lacuna:

- a) Técnica do "diga-mostre-faça".
- b) Técnica de "mão sobre a boca".
- c) Técnica da distração.
- d) Técnica do reforço positivo.
- e) Contenção.

2. As intervenções realizadas sob anestesia geral minimizam os riscos de acidentes ao paciente e ao profissional, e asseguram a execução da técnica correta de múltiplos procedimentos odontológicos necessários em um único momento. Isso permite a resolução rápida de agravos e a inclusão do paciente em um nível de cuidados preventivos pela redução ou eliminação de doenças.

Sobre as indicações para o atendimento odontológico em ambiente hospitalar, podemos citar:

- a) Deficiência física e ausência de colaboração ao atendimento ambulatorial.
- b) Deficiência intelectual.
- c) Deficiência motora.
- d) Ausência de colaboração ao atendimento ambulatorial e doenças sistêmicas graves.
- e) Deficiência intelectual e ausência de colaboração ao atendimento ambulatorial.

3. A sedação inalatória com mistura de óxido nitroso/oxigênio (N₂O/O₂) é usada para o controle do medo e ansiedade em ambiente ambulatorial na área de saúde, incluindo o consultório odontológico. Sobre a sedação inalatória citada, analise as afirmativas a seguir:

- I. É uma técnica segura, tem ação muito rápida, a sedação pode ser controlada.
- II. É indicada para uso somente em ambiente hospitalar.
- III. As características físico-químicas do óxido nitroso não permitem seu uso em hipertensos.
- IV. Permite ajustes das ações de uma droga no decorrer do atendimento.
- V. O paciente permanece consciente durante a sedação, ocorre o controle da dor, do medo e da ansiedade.

Sobre a sedação inalatória com mistura de óxido nitroso/oxigênio (N₂O/O₂), é correto apenas o que se afirma em:

- a) II, IV e V.
- b) II, III e V.
- c) I, III e V.
- d) I, II e V.
- e) I, IV e V.

Seção 2.2

Adequação do plano de tratamento odontológico à pessoa com deficiência - PCD

Diálogo aberto

Caro aluno, estamos começando a Seção 2.2. Bem-vindo!

Nesta seção, falaremos sobre vários aspectos de uma etapa muito importante do tratamento odontológico: o planejamento do tratamento. O plano de tratamento odontológico é essencial para um atendimento de qualidade, especialmente no atendimento da PCD. Ele define os procedimentos mais adequados para cada caso, já que o atendimento ao PCD deve ser individualizado.

Para que você assimile a importância do plano de tratamento, pensaremos em algumas situações de atendimento realizado de forma multidisciplinar em uma clínica odontológica. Orlando e Juliana trabalham na clínica e receberam o Tiago, um rapaz de 34 anos que busca tratamento odontológico, e sua acompanhante. Na primeira consulta, foi possível observar que Tiago tinha dificuldades motoras. A anamnese de Tiago mostrou que ele havia sofrido um grave acidente que o deixou sistemicamente comprometido, incluindo problemas neurológicos e hematológicos. Tiago toma medicações controladas prescritas pelo seu médico. Devido às dificuldades motoras, Tiago não consegue fazer uma higiene bucal adequada e precisa se submeter a vários procedimentos odontológicos. Orlando e Juliana devem juntos planejar o tratamento de Tiago para restabelecer sua saúde bucal. Eles identificaram as principais dificuldades para o atendimento de Tiago, que possuía alterações motoras, como tremores e dificuldades para manter a abertura de boca. O exame radiográfico de Tiago revelou um quadro de periodontite com perda óssea severa e presença de exsudato em alguns dentes, cuja indicação de tratamento seria a exodontia. O dente 25 possuía uma lesão periapical extensa, relacionada à destruição da coroa do dente por cárie. Sistemicamente, Tiago apresentava ainda um quadro crônico de anemia.

Durante o estudo desta seção, pense sobre essas características de saúde de Tiago e, ao final, você deverá ser capaz de elaborar seu

plano de tratamento odontológico. Leia com atenção o quadro “Não pode faltar”, reflita sobre as questões a seguir e entenda como Orlando e Juliana poderiam ajudar Tiago. Quais seriam as possibilidades de utilização de procedimentos e equipamentos acessórios para viabilizar o atendimento da PCD com alterações neurológicas? Frente às condições bucais e necessidades de tratamento de Tiago, como seria a adequação do plano de tratamento odontológico da PCD, desde o atendimento das condições mais urgentes à reabilitação oral de paciente, levando em consideração suas condições sistêmicas?

Bom estudo!

Não pode faltar

1. Adequação do plano de tratamento odontológico à PCD: periodontia em pacientes com alteração neurológica

O grupo de PCD neurológica requer considerações especiais no manejo para o tratamento odontológico. Essas considerações incluem o pré-tratamento do paciente, o planejamento adequado do tratamento, as técnicas terapêuticas e a necessidade de pós-tratamento.

São várias as condições neurológicas que o cirurgião-dentista pode enfrentar no atendimento odontológico, incluindo anormalidades associadas aos nervos cranianos, perda sensorial facial, paralisia facial e condições, como epilepsia, doença de Parkinson e Alzheimer, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral (AVC), miastenia gravis, paralisia cerebral.

As pessoas com doenças neurológicas têm uma maior susceptibilidade a desenvolver doenças bucais, como cáries e doença periodontal, pois, geralmente, esses pacientes apresentam dificuldade motora e, às vezes, deficiência intelectual, que dificultam a higiene bucal, além da redução do fluxo salivar, causada por respiração bucal ou por medicamentos comumente usados por esses pacientes.

É muito importante que os profissionais tenham em mente que cada paciente neurológico exigirá uma atenção individualizada, pois suas condições variam de caso para caso, dependendo da severidade da deficiência, da associação com doenças sistêmicas, das suas condições psicossociais e familiares, da experiência prévia com o atendimento odontológico, das suas condições comportamentais e bucais. Portanto, é inadequado pensarmos na

adoção de um atendimento padrão ou um protocolo a ser seguido para o atendimento de pacientes neurológicos.

Tecnicamente, os procedimentos odontológicos são os mesmos utilizados para todos os pacientes, e toda a tecnologia conhecida pode e deve ser empregada na assistência odontológica às PCD, desde que suas condições permitam e sejam para o melhor benefício do paciente. O que difere no atendimento às PCD é a abordagem ao paciente e à família e o manejo do paciente durante o tratamento.



Assimile

O plano de tratamento e o atendimento odontológico à pessoa com deficiência deve ser sempre adaptado às suas necessidades e para o maior benefício do paciente. A PCD a pode ter acesso a qualquer procedimento odontológico clássico, desde que tenha o perfil para receber os procedimentos e o profissional saiba adequá-los às peculiaridades de cada caso.

A gengivite e a periodontite são de alta incidência entre os pacientes neurológicos. O planejamento do tratamento periodontal inicia-se na primeira consulta, quando, por meio de uma anamnese criteriosa e abordagem inicial, o CD conhece as condições comportamentais do paciente e seu histórico médico, percebe suas limitações e inicia o vínculo entre profissional/paciente/familiar. O profissional analisa as condições de higiene bucal do paciente, sua dieta e a capacidade de colaboração tanto da pessoa com deficiência quanto da família e cuidadores. O CD realiza o exame clínico e periodontal, que pode ser um periograma parcial ou completo, se as condições do paciente permitem, e solicita exames complementares.

O tratamento periodontal pode ser realizado no consultório na maioria dos casos, quando o paciente é colaborador. A primeira etapa do tratamento é a estabilização do paciente na cadeira odontológica. Para os pacientes que apresentam dificuldades de se posicionarem na cadeira ou movimentos involuntários, podem ser adotadas técnicas de estabilização física, como o uso de almofadas, roletes de toalhas, faixas, e a ajuda de auxiliar ou familiares, para garantir maior conforto e segurança ao paciente e, também, à

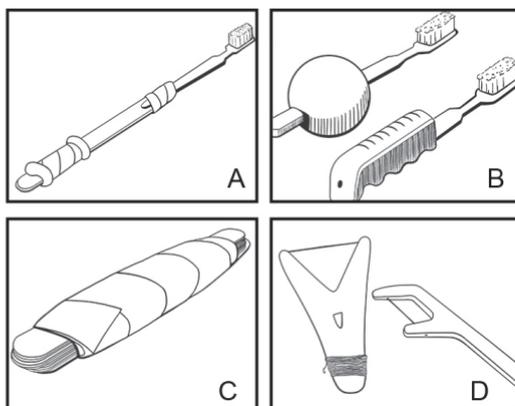
equipe profissional. Para abertura da boca, podem ser usados abridores de boca adequados ou dedeiras confeccionadas em resina. A raspagem e o alisamento dos dentes podem ser feitos de forma manual ou utilizando aparelhos ultrassônicos. Estes agilizam o atendimento, entretanto, podem ser contraindicados para os pacientes com dificuldade de deglutição ou pacientes que não reajam bem ao ruído do equipamento, como os pacientes autistas. O uso de anestésicos locais deve ser avaliado quanto ao risco de interação com medicamentos usados pelo paciente e pode ser discutido com o médico, e ainda pode considerar o uso de sedação inalatória para a realização dos procedimentos, com exceção aos pacientes com dificuldades respiratórias.

Em caso de tratamento extenso, com necessidade de intervenções cirúrgicas periodontais e exodontias, procedimentos de urgência para remoção de focos de infecção, o CD deve analisar o custo-benefício para o paciente e realizar o máximo de procedimentos em uma única sessão sob anestesia geral em ambiente hospitalar.

Para garantir o sucesso do tratamento periodontal, os pacientes e os familiares devem ser instruídos quanto à importância da boa higienização bucal da pessoa com deficiência. O CD deve orientar os pacientes/familiares sobre a melhor estratégia para a higiene bucal, indicando o tipo de escova e a forma de escovação, a quantidade correta de creme dental, o uso do fio dental e enxaguantes bucais, de acordo com as limitações do paciente. As escovas elétricas podem ser indicadas para os pacientes com dificuldades motoras, assim como o uso de adaptadores de escova para melhorar a empunhadura. Outros acessórios, como adaptadores de fio dental, escovas interdentais, raspadores de língua, podem ser sugeridos. A clorexidina pode ser usada na forma de bochechos, quando o paciente é capaz, ou em gaze, quando o cuidador deve massagear as gengivas e remover restos de alimentos e placa bacteriana. O CD também fornece orientações sobre a introdução de alimentos mais duros e adstringentes na dieta do paciente e a importância da redução da ingestão de carboidratos.



Figura 2.2 | Exemplos de acessórios adaptados para a higienização bucal



Fonte: Perlman, Friedman e Fenton (2008, p. 8-10).

A - extensão do cabo da escova de dentes como uma régua ou um abaixador de língua para um indivíduo que não pode elevar a mão ou braço. B - aumentar a largura do cabo da escova de dentes usando uma bola, esponja ou protetor de guidão de bicicleta, para um indivíduo que não tem boa capacidade de agarrar. C - suporte de boca feito com 3 ou 4 abaixadores de língua enrolados com gaze e presos com uma fita, para pessoas com dificuldade de manter a boca aberta durante a escovação. D - suportes para fio dental para ajudar a coordenação.

2. Adequação do plano de tratamento odontológico à PCD: periodontia em pacientes com doenças hematológicas

As doenças hematológicas ou hemopatias são doenças sanguíneas e compreendem qualquer condição anormal do sangue ou dos tecidos hematopoiéticos, de natureza congênita ou adquirida. Qual a importância do conhecimento das doenças hematológicas pelo cirurgião-dentista?

Os tecidos da boca possuem uma rica rede de vasos que garantem o seu suprimento sanguíneo, por isso, é comum que doenças hematológicas apresentem-se com manifestações na cavidade bucal. Os pacientes com gengivite ou doença periodontal são mais vulneráveis às doenças do sangue, por causa da vascularização mais

aumentada que ocorre na inflamação. Além disso, as células do sangue são essenciais para a manutenção de saúde do periodonto. As células brancas do sangue, os leucócitos, são responsáveis pela defesa contra os microrganismos e pela reação inflamatória. As células vermelhas, as hemácias, transportam o oxigênio e os nutrientes até os tecidos, enquanto as plaquetas são necessárias para a hemostasia e a cicatrização normal. Assim, desordens de qualquer tipo de célula do sangue ou dos órgãos formadores de sangue, podem ter um efeito profundo no periodonto.

As doenças hematológicas podem ser derivadas de desordens vasculares, desordens de plaquetas e desordens da coagulação. A telangiectasia hemorrágica hereditária é um exemplo de desordem vascular que produz lesões que sangram facilmente quando traumatizadas. As púrpuras são desordens de plaquetas que podem estar associadas a doenças autoimunes, como lúpus eritematoso e com complicações da infecção por HIV. As desordens de plaquetas podem ser provocadas por alguma condição, como quimioterapia, doença renal e hepática graves, uso de drogas antineoplásicas e anti-inflamatórios não esteroides, que deprimam a função da medula ou que aumente a destruição das plaquetas, causando uma trombocitopenia.

A maioria das desordens de coagulação são causadas por doenças congênitas, como a hemofilia A e B, por doenças hepáticas, como cirrose e hepatite, que podem ter síntese reduzida de vários fatores de coagulação do sangue, e apresentar sangramentos espontâneos nas mucosas e a hemorragia pode ser fatal em casos graves. Além disso, um grande número de pacientes com problemas cardíacos, como trombose venosa, isquemias, AVC e com prótese cardíaca valvar, recebem tratamento com anticoagulantes, antiagregantes plaquetários ou drogas antitrombóticas. Pacientes com coagulopatias podem negligenciar sua saúde bucal devido ao medo de sangramento durante a escovação dos dentes e uso de fio dental, o que leva ao aumento da gengivite, periodontite e cáries.

Para o tratamento periodontal, muitos procedimentos necessitam que o sistema de coagulação do sangue esteja intacto, para que ocorra a hemostasia (parar a hemorragia) normal para serem realizados com segurança para o paciente. Procedimentos, como a raspagem e o alisamento radicular extensos, as cirurgias periodontais, as exodontias e as biópsias em pacientes com distúrbios no sangue podem causar

hemorragias, por isso o CD deve ter um bom conhecimento sobre os mecanismos para alcançar a hemostasia e como manipular adequadamente esses pacientes. A sondagem periodontal, a raspagem e o polimento supragengivais podem ser feitos normalmente sem o risco de sangramento. A raspagem subgengival e o alisamento da raiz devem ser feitos com muito cuidado, de preferência usando instrumentos ultrassônicos, que resultam em menos trauma tecidual. Para os tecidos muito inflamados, é indicado o tratamento inicial com bochechos com gluconato de clorexidina 0,12% e o debridamento grosseiro é recomendado para reduzir a inflamação antes da raspagem profunda.

A reposição de fatores de coagulação pode ser necessária antes da extensa cirurgia periodontal e deve ser avaliada e prescrita pelo médico do paciente. Os agentes antifibrinolíticos podem ser incorporados aos curativos periodontais e os enxaguatórios bucais usados no pós-operatório são geralmente eficazes no controle da hemorragia prolongada (GUPTA et al., 2007).

A identificação dos pacientes com potenciais defeitos na hemostasia se dá principalmente durante a anamnese, quando o CD deve perguntar ao paciente se ele teve algum episódio de sangramento anormal. Sempre o CD deve investigar melhor as condições de saúde do paciente e encaminhá-lo a um médico para avaliação de seu estado de saúde geral e testes laboratoriais antes de fazer o planejamento do tratamento odontológico.

Os exames intra e extrabucal também são importantes para o descobrimento de sinais clínicos de distúrbios hematológicos, entretanto os sinais na boca podem ser variados e geralmente não são específicos de um único tipo de distúrbio do sangue. Os procedimentos cirúrgicos não devem ser feitos em pacientes com problemas de coagulação em ambiente ambulatorial.



Refleta

A prevenção de ocorrência de sangramento é a melhor forma de tratamento. Entretanto, o paciente com distúrbio de coagulação pode não saber de sua condição e não apresentar nenhum sinal e sintomas da doença. Pode acontecer que a primeira indicação do problema seja o sangramento prolongado após um tratamento odontológico. Então, qual a conduta do CD para controlar a hemorragia?

Durante o tratamento periodontal, caso ocorra uma situação inesperada de hemorragia, o CD deve tomar algumas medidas para controlar o sangramento anormal. Antes de iniciar qualquer medida, é preciso localizar a origem do sangramento e entender a sua gravidade. As medidas locais são as primeiras no controle da hemorragia. A primeira delas é a aplicação de pressão manual firme sobre a área, usando uma gaze umedecida por 5 minutos. A utilização de suturas absorvíveis ou não nas margens da ferida também fornecem pressão nos tecidos e estabilização do coágulo. A injeção de anestésico local com vasoconstrictor também pode ajudar no controle da hemostasia. Para a confirmação da hemostasia, o paciente deve ser observado por mais 5 a 10 minutos e, depois, ele deve receber as instruções pós-operatórias, deixando claro o que fazer para prevenir o sangramento.

Quando a pressão local falhar em controlar o sangramento, o clínico pode utilizar agentes hemostáticos tópicos. Estes são agentes químicos compostos de matriz de gelatina ou de celulose, que absorve o sangue, forma uma malha que agrega as plaquetas e um coágulo estável. São exemplos de agentes hemostáticos tópicos o Oxycel® e o Surgicel®, que devem ser colocados sobre o local de sangramento sem pressão e mantidos no lugar com uma gaze por até 8 minutos. Eles podem ainda ser usados em associação com agentes ativos, como a trombina (Thrombogen®), na forma de pó estéril, que ajuda na coagulação do sangue (MCCORMICK; MOORE; MECHAN, 2014). Existem, ainda, outros produtos do colágeno bovino reabsorvível que podem ser utilizados, como esponjas flexíveis, altamente absorventes, que mantêm o coágulo e podem ser usados para controlar o sangramento persistente do alvéolo em caso de exodontia. O CD deve ser preparado para lidar com uma hemorragia e garantir que a cirurgia seja adequadamente equipada para lidar com cenários como esse.

3. Como e quando fazer próteses em PCD

As lesões cáries, as doenças periodontais, a má oclusão e o bruxismo são alterações prevalentes na população geral. Essas doenças e condições orais são geralmente exacerbadas em pacientes com necessidades especiais, principalmente naqueles com deficiências motoras, intelectuais, comportamentais e

sistêmicas, que dificultam a higienização bucal e a manutenção da saúde oral. Além disso, as condições socioeconômicas e culturais, bem como a falta de consciência do cuidador sobre a higiene bucal destes pacientes, são fatores agravantes, que fazem com que as pessoas com deficiência apresentem um comprometimento oral severo, que muitas vezes leva à infecção e à perda de dentes.

A substituição dos dentes perdidos por meio da reabilitação protética poderá melhorar a qualidade de vida desses pacientes, fornecendo eficiência mastigatória, dando maior independência ao paciente, melhorando sua interação social e aumentando a sua autoestima (DERCELLI et al., 2015). O CD deverá analisar a necessidade da confecção de prótese e estar ciente de como proceder quando confrontado com a PCD que necessita de reabilitação oral. Devemos ressaltar novamente que o tratamento odontológico deve ser sempre individualizado, considerando as peculiaridades e as limitações específicas de cada paciente. Assim, desde a abordagem, passando pelo plano de tratamento, o manejo do paciente e a execução dos procedimentos, o profissional e sua equipe trabalharão para o maior benefício do paciente.

Algumas características especiais da pessoa com deficiência devem ser consideradas para o planejamento de próteses dentárias. Pacientes com comprometimento motor, da fala, da mastigação e deglutição, podem dificultar a execução de procedimentos, como a moldagem para a confecção de próteses, e ter dificuldade de adaptação, por exemplo, às próteses removíveis e acabar abandonando o uso. O CD deve escolher no plano de tratamento qual a melhor opção de prótese para a reabilitação da PCD, levando em conta a possibilidade de execução do tratamento, a segurança e o conforto do paciente, a expectativa do paciente consciente e sua colaboração para a manutenção da saúde oral. Sobre esse aspecto, o cuidado na fabricação da prótese é essencial, de modo a fornecer o controle adequado de microrganismos para evitar danos à mucosa bucal e permitir a integração biológica da prótese sem comprometer a longevidade dos dentes pilares.

No caso de indicação de confecção de próteses totais, deve haver um grande cuidado com possíveis traumas causados pela própria prótese e, mais uma vez, a boa higienização deve ser alcançada, pois o uso da prótese associado à higienização pobre pode predispor

ao desenvolvimento de candidíase oral, por exemplo. As infecções causadas por *Candida albicans* são os distúrbios orais mais comuns em portadores de próteses dentárias e sua gravidade depende do estado de saúde sistêmico e de higiene dentária. Assim, dentistas, cuidadores e outros provedores devem ter especial atenção à saúde bucal das pessoas com deficiência.

Quando as próteses convencionais não podem ser usadas, a reabilitação pode ainda ser alcançada por meio da colocação de implantes orais osseointegrados como opção terapêutica para as PCD com comprometimento físico ou psicológico. O sucesso de uma reabilitação oral depende, principalmente, de uma seleção adequada dos pacientes; por exemplo, o bruxismo e a falta de higiene oral podem contraindicar a colocação do implante (ROMERO-PÉREZ et al., 2014). O procedimento de instalação do implante pode ser realizado no paciente sob anestesia local ou sob medicação ansiolítica, sedação intravenosa profunda ou anestesia geral, dependendo do grau de cooperação do paciente e da dificuldade e duração do tratamento.

4. Endodontia em pacientes com distúrbios neuropsicomotores

Como vimos anteriormente, as pessoas com deficiência podem ter maior susceptibilidade a lesões de cárie devido à higiene bucal ineficaz, conseqüentemente apresentam dor, desconforto e necrose pulpar. Além disso, pacientes com dificuldades motoras têm uma propensão para quedas, levando a um risco aumentado de trauma dental e dano pulpar. Infelizmente, o protelamento para levar a pessoa com deficiência ao dentista, a falta de profissionais especializados e a carência na orientação das famílias para a prevenção das doenças bucais desde a infância leva esses pacientes a apresentarem problemas orais mais graves.

Apesar da tecnologia e do conhecimento disponíveis, o tratamento endodôntico de PCD ainda é realizado, na maioria das vezes, por profissionais especialistas em PCD e endodontistas, mas raramente pelo clínico geral. A desmistificação do atendimento às pessoas com deficiência é, com certeza, de grande importância para facilitar o acesso desses pacientes à assistência odontológica, tanto preventiva quanto terapêutica, e merece um maior esforço para melhorar a sua qualidade de vida.

O motivo mais comum que impede o CD de executar o tratamento endodôntico em pessoas com deficiência é a cooperação limitada de indivíduos com deficiência intelectual grave, deficiência de desenvolvimento, comprometimento cognitivo, medo e ansiedade.

O tratamento endodôntico requer, por exemplo, a utilização de barreira de isolamento, como dique de borracha, sessões extensas e, às vezes, múltiplas sessões. Entretanto, alguns indivíduos não toleram o dique de borracha, como pacientes autistas, e outros dificultam os procedimentos precisos por causa de movimentos involuntários, como pacientes encefalopatas. Assim, o nível de cooperação tem sido um importante fator na determinação do tipo de procedimento a ser realizado e, por isso, muitas vezes, a extração dental é mais indicada que a execução de procedimentos restauradores, já que a preocupação maior do CD deve ser a remoção da dor e a remoção de foco infeccioso do paciente.

Em casos de urgência, o tratamento endodôntico dos pacientes com cooperação limitada pode ser inviável, pois não há tempo para o condicionamento do paciente, e então, o atendimento pode ser realizado sob sedação ou anestesia geral em uma única sessão (YAP et al., 2014). Nesse caso, o CD deve realizar o máximo de procedimentos que o paciente precisa, como tratamento periodontal, exodontias e endodontia. Para o tratamento endodôntico, o CD tem disponíveis tecnologias que ajudam a viabilizar o tratamento em sessão única, como o uso de localizadores do ápice, a radiografia digital e os instrumentos rotatórios. Após resolver as urgências, o CD poderá condicionar o paciente para fazer a reabilitação oral.



Pesquise mais

Veja o atendimento e o depoimento de uma cirurgiã-dentista sobre: "Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência", assistindo ao vídeo a partir de 40" até 13'40". Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VqemUfJxZ3A>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

Sem medo de errar

Orlando e Juliana receberam o Tiago e sua acompanhante na clínica odontológica. Tiago tem problemas neurológicos e apresenta tremores e dificuldades para manter a abertura de boca

e, por isso, não consegue fazer uma higiene bucal adequada. Ele também tem um quadro de anemia crônica em tratamento médico e precisa se submeter a vários procedimentos odontológicos. Os exames de Tiago revelaram periodontite com perda óssea severa e presença de exsudato em alguns dentes, cuja indicação de tratamento seria a exodontia. O dente 25 tinha extensa lesão cáriosa e uma lesão periapical. Quais seriam as possibilidades de utilização de procedimentos e equipamentos acessórios para possibilitar o atendimento de PCD com alterações neurológicas? Frente às condições bucais e às necessidades de tratamento de Tiago, como seria a adequação do plano de tratamento odontológico às PCD, desde o atendimento das condições mais urgentes à reabilitação oral do paciente, levando em consideração suas condições sistêmicas?

Diante da anamnese minuciosa, dos exames clínicos e radiográficos, Orlando e Juliana obtiveram as informações necessárias para elaborar o plano de tratamento de Tiago. Ele precisará se submeter a vários procedimentos, incluindo cirurgia para exodontias, raspagem e alisamento radicular e a endodontia de dente 25. Como a condição sistêmica do paciente pode fornecer riscos à vida de Tiago, Orlando e Juliana devem entrar em contato com o médico para saber sua real situação, se há controle da anemia, quais as recomendações quanto à medicação e a avaliação dos riscos para a realização dos procedimentos.

Por causa dos movimentos involuntários de Tiago, sua dificuldade de abertura de boca, sua condição médica que merece acompanhamento, e a extensão do seu tratamento odontológico cirúrgico, é indicado que o máximo de procedimentos odontológicos sejam realizados em ambiente hospitalar sob anestesia geral e sob acompanhamento do médico, como as exodontias, o tratamento periodontal e a endodontia, deixando para o consultório os procedimentos para a reabilitação oral. Nesse momento, o paciente pode receber sedação farmacológica e estabilização na cadeira odontológica, além do uso de acessórios, como abridores de boca para facilitar o atendimento em seções curtas. O paciente e sua acompanhante cuidadora devem ser orientados quanto à higiene bucal e ao uso dos acessórios para ajudar com os cuidados em domicílio e sobre a importância da manutenção do tratamento em visitas programadas.

Faça valer a pena

1. A gengivite e a periodontite são de alta incidência entre os pacientes neurológicos. O planejamento do tratamento periodontal inicia-se na primeira consulta, quando, por meio de uma anamnese criteriosa e abordagem inicial, o CD conhece as condições comportamentais do paciente e seu histórico médico, percebe suas limitações e inicia o vínculo entre profissional/paciente/familiar. O profissional analisa as condições de higiene bucal da pessoa com deficiência, sua dieta e a capacidade de colaboração tanto da pessoa com deficiência quanto da família e cuidadores. O CD realiza o exame clínico e periodontal, que pode ser um periograma parcial ou completo, se as condições do paciente permitem, e solicita exames complementares.

Assinale a única alternativa correta que completa a frase: O tratamento periodontal de pacientes neurológicos pode _____.

- a) Ser realizado somente com anestesia geral.
- b) Incluir raspagem dos dentes somente com instrumento manual.
- c) Incluir raspagem dos dentes somente com aparelho ultrassônico.
- d) Ser realizado no consultório com estabilização do paciente na cadeira.
- e) Ser realizado somente no consultório com paciente colaborador.

2. Durante o tratamento periodontal, caso ocorra uma situação inesperada de hemorragia, o CD deve tomar algumas medidas para controlar o sangramento anormal. Entre as medidas locais para controle da hemorragia, podemos citar _____ e _____.

Assinale a alternativa que corretamente completa a lacuna:

- a) A aplicação de pressão e a aspiração constante.
- b) A aplicação de pressão e a irrigação da área.
- c) A aplicação de pressão e a realização de suturas.
- d) As suturas e a aspiração por 5 minutos.
- e) Os agentes hemostáticos e a aspiração.

3. A substituição dos dentes perdidos por meio da reabilitação protética poderá melhorar a qualidade de vida da pessoa com deficiência, fornecendo eficiência mastigatória, dando maior independência ao paciente, melhorando sua interação social e aumentando a sua autoestima. O CD deverá analisar a necessidade da confecção de prótese e estar

ciente de como proceder quando confrontado com PCD que necessita de reabilitação oral.

Sobre a confecção de prótese dentária para a pessoa com deficiência, assinale a alternativa correta:

- a) Deve ser adotado um protocolo padrão para todos os pacientes.
- b) O procedimento de moldagem pode ser difícil em pacientes com dificuldade de deglutição.
- c) Deve ser realizada com paciente sob anestesia geral.
- d) A prótese fixa é a melhor alternativa de reabilitação do paciente parcialmente edêntulo.
- e) Os implantes dentários são contraindicados para a pessoa com deficiência.

Seção 2.3

Urgências e emergências durante o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais

Diálogo aberto

Caro aluno, iniciaremos a seção 2.3. Bem-vindo!

Nesta seção, discutiremos sobre as urgências e as emergências médicas no atendimento odontológico à PCD. As urgências e as emergências no consultório odontológico podem ocorrer no cotidiano profissional. O cirurgião-dentista (CD) e sua equipe devem estar preparados para prevenir e socorrer o paciente nesses casos. É muito importante que você, aluno, entenda que o CD, como profissional de saúde, tem por obrigação estar preparado para agir em caso de urgências em emergências no consultório odontológico. Assim, estude, aprimore-se, e não tenha medo, você será um profissional capaz!

Pensaremos em algumas situações de atendimento realizado de forma multidisciplinar em uma clínica odontológica. Orlando e Juliana trabalham na clínica e receberam o Tiago, um rapaz de 34 anos que busca tratamento odontológico, e sua acompanhante. Na primeira consulta, foi possível observar que Tiago tinha dificuldades motoras. A anamnese de Tiago mostrou que ele havia sofrido um grave acidente que o deixou sistemicamente comprometido, incluindo problemas neurológicos e hematológicos. Tiago toma medicações controladas prescritas pelo seu médico. Devido às dificuldades motoras, Tiago não consegue fazer uma higiene bucal adequada e precisa submeter-se a vários procedimentos odontológicos. Orlando e Juliana devem juntos planejar o tratamento de Tiago para restabelecer sua saúde bucal. Eles identificaram as principais dificuldades para o atendimento de Tiago que, devido às alterações motoras, apresentava tremores e dificuldades para manter a abertura de boca. O exame radiográfico de Tiago revelou um quadro de periodontite com perda óssea severa e presença de exsudato em alguns dentes, cuja indicação de tratamento seria a exodontia. O dente 25 possuía uma lesão

periapical extensa, relacionada à destruição da coroa do dente por cárie. Sistemicamente, Tiago apresentava ainda um quadro crônico de anemia.

Durante o estudo desta seção, pense sobre essas características de saúde de Tiago e, ao final, você deverá ser capaz de elaborar seu plano de tratamento odontológico. Leia com atenção sobre as urgências e as emergências específicas para pacientes especiais e PCD, como síncope, parada cardíaca, anafilaxia, hipoglicemia e convulsão; a interação medicamentosa de importância para a assistência odontológica a esses pacientes e o suporte básico de vida nas emergências odontológicas. Todas essas informações estão no quadro "Não pode faltar". Reflita sobre quais seriam os possíveis riscos de urgência e emergência no atendimento da PCD como Tiago. Bom estudo!

Não pode faltar

1- Urgências e emergências específicas para PCD: identificação dos deflagraadores de emergências na assistência odontológica à PCD

As urgências e as emergências no consultório odontológico podem ocorrer no cotidiano profissional, especialmente no atendimento à PCD e pacientes de grupos especiais (como grávidas, sistemicamente comprometidos, entre outros). O CD e sua equipe devem estar preparados para prevenir e socorrer o paciente nesses casos. Para isso, é muito importante que os profissionais tenham o conhecimento prévio das possíveis intercorrências e das medidas a serem adotadas para resolver as urgências e as emergências na assistência odontológica.

Devemos novamente destacar a importância da realização da anamnese minuciosa de todos os pacientes. Ela permite a identificação das necessidades especiais de pacientes sistemicamente comprometidos, seja por defeitos congênitos ou adquiridos. Assim, o CD pode prever as situações de risco, orientar o paciente e seus familiares a adotarem medidas preventivas, e manter equipamentos e medicamentos necessários para a assistência em casos de urgência e emergência no consultório odontológico.

Entenderemos o que são urgências e emergências. Urgências são os casos em que o paciente necessita de atendimento rápido,

mas não corre o risco de morrer, enquanto as emergências são situações críticas, súbitas e perigosas, casos imprevisíveis, em que a vida do paciente está em risco imediato.

As emergências durante a assistência odontológica da pessoa com deficiência ou paciente de grupos especiais (sistemicamente comprometidos, grávidas, entre outros) podem estar ligadas a várias causas diferentes, dependendo do tipo de limitação do paciente e sua condição médica.

O tratamento odontológico causa níveis variados de ansiedade nos pacientes. O estresse e o medo são as principais causas de emergência no atendimento odontológico, pois podem mudar subitamente o quadro clínico do paciente. A ansiedade, o medo e o estresse podem interferir tanto no fator comportamental da pessoa com deficiência, quanto alterar as condições de pacientes sistemicamente comprometidos, como cardiopatas, diabéticos e hipertensos. Nesses pacientes, o estresse pode levar a quadros de taquicardia, arritmia, bradicardia, hipertensão arterial, crise de hipoglicemia ou hiperglicemia, e a situações de emergências graves, que impedem o tratamento e podem causar risco à vida do paciente.

A suspensão de medicamentos por conta própria do paciente ou a automedicação sem comunicação ao dentista, também podem levar a situações de emergência no consultório. As reações psicogênicas podem causar lipotimia e/ou síncope (desmaio) nos pacientes mais ansiosos, apenas pela visualização de instrumentos, agulhas, sangue etc., ou por ruídos, como do motor de alta rotação, a luz do refletor. Esses fatores podem ser ainda mais importantes como deflagradores de emergências para pacientes com distúrbios neurológicos.

O fator idade também está relacionado ao aumento das emergências médicas, principalmente em pacientes muito jovens ou muito idosos, nos quais os riscos são ligados ao uso dos medicamentos, como anestésicos locais usados pelo CD no consultório. Existem drogas com potencial de causar reações alérgicas que frequentemente são usadas em odontologia, como anestésicos locais e antibióticos, podendo causar emergência durante o atendimento e levar até a situações graves de anafilaxia. Alguns fatores, como privação de sono, febre alta, ingestão excessiva de álcool, processos infecciosos, podem levar a crises convulsivas e outros sintomas em uma situação de emergência.

Para o imediato controle de emergências médicas em

consultório odontológico, o CD deve usar medidas preventivas essenciais: anamnese minuciosa, exame físico bem conduzido, ter conhecimento sobre a administração de medicamentos. Além disso, o CD deve ser capaz de controlar a ansiedade do paciente previamente e durante o atendimento odontológico, especialmente os procedimentos invasivos e de longa duração, minimizando as emergências médicas no consultório odontológico. O cirurgião dentista deve estar apto para prestar atendimento imediato ao paciente caso as emergências médicas ocorram (PIMENTEL, 2014).

2- Urgências e emergências específicas para PCD: síncope, parada cardíaca, anafilaxia, hipoglicemia e convulsão

Qualquer atendimento emergencial exige um rápido diagnóstico da gravidade da situação, o conhecimento da conduta e a rapidez na execução dos procedimentos. O CD deve conhecer os principais procedimentos a serem adotados em casos de acidentes decorrentes do atendimento odontológico ou em situações de mal-estar súbito, que podem acometer pacientes com deficiência e pacientes de grupo especial. Algumas dessas situações de urgência e emergência são comuns e sem maiores consequências, enquanto outras podem colocar a vida do paciente em risco.

Síncope, popularmente chamada de desmaio, é uma situação pouco comum no consultório dentário, e pode ter consequências imprevisíveis, tendo caráter benigno ou grave. A causa mais comum de desmaio, ou síncope vasovagal, no consultório odontológico, é o fator emocional, geralmente relacionado ao medo ou ao estresse provocado pelo tratamento dentário.

A visão dos instrumentos e de sangue, barulhos e cheiros característicos do ambiente do consultório, associado a experiências anteriores de dor, por exemplo, podem dar origem ao desmaio. Isso ocorre porque esses estímulos excitam excessivamente o córtex cerebral, e a excitação é transmitida para o centro vasomotor e para os centros reguladores do sistema nervoso simpático e parassimpático no hipotálamo, que atuam ao mesmo tempo para regular a pressão arterial (PA) e a atividade cardíaca. O simpático estimula o sistema cardiovascular e o parassimpático o deprime. Na síncope vasovagal, ocorre um breve período de inicial apreensão e ansiedade, que pode aumentar a PA e a frequência cardíaca, e o paciente apresenta sintomas, como debilidade, ânsia de vômito,

sensação de calor, sudorese, frio nas extremidades, palpitações e dor de cabeça, característicos do predomínio do simpático. Na fase seguinte, de domínio do parassimpático, o paciente pode apresentar salivação, mal-estar epigástrico, escurecimento visual, vômitos, dilatação pupilar, uma poderosa vasodilatação, bradicardia e queda imediata da PA do paciente, podendo levar à perda de consciência.

Como tratamento do desmaio, o primeiro procedimento é colocar o paciente em posição supina, ou seja, a sua cabeça deve estar em nível inferior à dos pés, apenas inclinando a cadeira odontológica. Geralmente, essa manobra é suficiente para o paciente recobrar a consciência, caso contrário, é necessário avaliar a respiração, a pulsação e a pressão arterial do paciente e acompanhá-la até voltar à normalidade.

A **parada cardíaca** é a interrupção abrupta e inesperada da circulação sanguínea, causada pela parada dos batimentos cardíacos. Quando ocorre uma parada cardíaca, geralmente também ocorre a parada respiratória, e vice-versa, por isso, o evento recebe o nome de parada cardiorrespiratória (PCR). A PCR é uma situação que pode levar à morte em poucos minutos, se não for tratada rapidamente, usando manobras de ressuscitação do Suporte Básico de Vida (SBV). São muitas as possíveis causas de uma PCR, dentre as principais podemos citar as doenças cardíacas, como infarto, arritmia e insuficiência cardíaca, outras doenças, como a insuficiência respiratória e AVC, choque elétrico, choque hipovolêmico (perda grande de sangue), choque séptico (infecção grave), afogamento, overdose, engasgo, traumas, entre outras. O conhecimento do CD a respeito das condições gerais de saúde do paciente por meio de anamnese criteriosa pode identificar os potenciais riscos de uma parada cardíaca durante o atendimento odontológico e permitir medidas preventivas.

Os sinais e os sintomas que antecedem uma PCR são: dor forte no peito, abdome e nas costas, dor forte de cabeça, falta de ar ou dificuldade em respirar, enrolar a língua, apresentando dificuldade em falar, dor ou formigamento no braço esquerdo, palpitações fortes. O indivíduo perde a consciência dentro de 10 a 15 segundos, pela falta de sangue no cérebro. O reconhecimento do estado de PCR deve ser feito com muita rapidez pela verificação da ausência de pulsos carotídeos e de respiração, perda da consciência, palidez, cianose e pele marmórea.

O tratamento imediato da PCR é fazer o coração voltar a bater por meio de manobras de ressuscitação do SBV, como a massagem cardíaca e/ou uso de um aparelho desfibrilador, e o uso de medicações vasopressoras (epinefrina, adrenalina e vasopressina). O tecido nervoso tolera a falta de oxigênio por 4 a 5 minutos no máximo e, depois desse tempo, ocorre a paralização da atividade das células, levando o organismo à morte. Assim, o êxito do tratamento com SBV está estritamente relacionado ao tempo em que ocorreu a PCR e o início das manobras (1 a 5 minutos), e ao tempo que levou para iniciar os cuidados avançados por parte da equipe médica. Por isso, é tão importante o reconhecimento precoce da PCR e da imediata execução precisa das manobras de RCP. Conheça detalhadamente, no item 4 desta seção, o conjunto de procedimentos do SBV, que visam à liberação das vias aéreas e à execução de assistência ventilatória e circulatória que os profissionais devem realizar em caso de emergência envolvendo a PCR.

A **anafilaxia ou choque anafilático** é um acidente grave causado por uma reação muito intensa do tipo antígeno/anticorpo em paciente com alta sensibilidade a um determinado alérgeno. Nessa reação alérgica imediata, ocorre a liberação de grande quantidade de histamina, bradicinina e outras substâncias que causam o colapso do sistema circulatório e respiratório do paciente, levando ao broncoespasmo, edema de glote, asfixia e morte. Por isso, é tão importante saber reconhecer os primeiros sinais e sintomas da anafilaxia e iniciar os procedimentos de salvamento de imediato.

Após o contato com o alérgeno (alguns segundos a minutos), o paciente fica muito agitado, com mal-estar e angústia violenta, rubor ou palidez, suores intensos, sofre queda da pressão arterial, a pulsação fica rápida e fina. O paciente pode ter convulsões, vômito, edema de glote com tosse profusa e cianose, perda da consciência e coma. O episódio pode culminar na parada cardíaca, respiratória e morte. Em casos como esse, o CD deve primeiro, colocar o paciente em posição supina e depois providenciar a sua rápida remoção para um hospital. O atendimento em casos de anafilaxia deve ser extremamente rápido, os primeiros socorros devem ser iniciados imediatamente, fazendo a oxigenação e injetando via intravenosa 0,5 mL de adrenalina ou noradrenalina a 1:1000 e o mesmo volume subcutaneamente, que aumentará a pressão arterial e fará uma broncodilatação. Depois, deve-se injetar uma ampola de anti-histamínico, 100 mg de hidrocortisona via intramuscular, enquanto

se faz o transporte urgente do paciente a um centro de reanimação. O cirurgião-dentista geralmente não dispõe dos meios eficientes para realizar o salvamento do paciente em seu consultório e, por isso, esse evento é tão temido.

Apesar de não existirem meios seguros para se prevenirem as reações alérgicas, mais uma vez reforçamos que uma boa anamnese pode diminuir consideravelmente os riscos.

A **hipoglicemia** é uma condição em que a taxa de glicose no sangue diminui para valores inferiores ao normal, geralmente abaixo de 70 mg/dl. A hipoglicemia pode ser causada, por exemplo, pelo consumo de álcool, jejum prolongado, após esforço físico intenso, e uso de medicamentos, como aspirina, alguns anti-inflamatórios não esteroides, betabloqueadores. Entretanto, a hipoglicemia está principalmente relacionada às pessoas diabéticas e sua causa mais comum é o uso inadequado de medicamentos antidiabéticos, como a insulina e as sulfonilureias. Atenção deve ser dada aos sinais e aos sintomas dos episódios de hipoglicemia.



Exemplificando

Figura 2.3 | Exemplos dos sintomas mais comuns da hipoglicemia

Sintomas de Hipoglicemia



Suor excessivo



Tremores



Fraqueza



Palidez



Fome



Dificuldade na concentração



Irritabilidade/Agressividade



Alteração da consciência



Coma

Além dos sintomas mostrados na Figura 2.3, as pessoas com hipoglicemia podem ainda apresentar: náusea, sonolência, visão embaçada, dor de cabeça, sudorese, taquicardia, desorientação e confusão mental, e como efeitos mais graves, hipotensão, hipotermia, convulsões, podendo levar à morte. Nem todos os sintomas aparecem ao mesmo tempo e nem há uma ordem certa para o aparecimento deles. Os sintomas variam com a idade e com a severidade da hipoglicemia. A única maneira de ter certeza se a taxa de glicose está muito baixa, é checá-la usando o aparelho chamado glicosímetro. Quando a hipoglicemia ocorrer durante o atendimento odontológico, o CD deve interromper o atendimento e oferecer de 15-20 g de carboidrato (alimento ou bebida) para o paciente ingerir. Não administrar insulina. Quando ocorre desmaio e convulsão, pode ser injetado glucagon. Se o paciente não se recuperar ou estiver inconsciente, acionar socorro médico e monitorar os sinais vitais (SBD, 2017).

A **convulsão** ocorre quando há uma atividade elétrica anormal do cérebro que pode ou não ser percebida e, em casos mais graves, pode levar à perda da consciência, acompanhada de espasmos musculares involuntários. Os episódios convulsivos geralmente ocorrem de repente e têm gravidade e duração variáveis, podendo ocorrer com um evento único ou acontecer repetidas vezes, por exemplo, em pacientes com epilepsia. Entretanto, as convulsões não ocorrem exclusivamente em pessoas epiléticas, elas podem ter várias outras causas, como níveis anormais de sódio ou glicose no sangue, meningite, lesão ou tumor cerebral, asfixia, abuso de drogas, febre alta, AVC, entre outras.



Pesquise mais

Aprenda mais sobre "Convulsão: tratamentos e causas" e "Epilepsia: como ajudar uma pessoa com convulsão" acessando o link a seguir. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/convulsao>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

O paciente pode perceber alguns sinais de alerta para o início de uma crise convulsiva: medo e ansiedade súbitos, mal-estar estomacal, tontura e visão turva. Durante a crise convulsiva, pode ocorrer: perda de consciência, confusão mental, espasmos

musculares incontroláveis, babar ou espumar pela boca, cerrar os dentes, morder a língua, cair, perder o controle da bexiga ou intestino e mudança súbita de humor. Muitos fatores podem levar a uma crise convulsiva, e o CD e sua equipe devem conhecê-los, diagnosticar rapidamente o problema e estarem preparados para lidar com possíveis episódios que possam acontecer durante o atendimento odontológico.

Os primeiros socorros a um paciente em convulsão exige que o socorrista, antes de tudo, mantenha a calma e chame de imediato um serviço de emergência. A pessoa em convulsão, com espasmos involuntários, deve ser protegida de sofrer lesões, então, deve-se repousar a pessoa no chão, colocar algo macio embaixo de sua cabeça, afastar móveis e objetos, virar a pessoa de lado, não colocar nada na boca da pessoa em convulsão, pois pode causar lesões nas mucosas e fraturas dentárias e até da mandíbula. Limpe suavemente a boca do paciente para remover saliva ou vômito, afrouxe roupas apertadas no pescoço e cintura e deixe a pessoa descansar, sem oferecer água ou comida até que ela esteja normal.

3 - Interação medicamentosa de importância para assistência odontológica à PCD e paciente de grupo especial

As interações medicamentosas ou farmacológicas são alterações da resposta de um fármaco devido à ingestão simultânea de outro fármaco, de álcool ou de alguns alimentos. A resposta do fármaco pode ser potencializada ou reduzida, na intensidade e duração, com prejuízo ao tratamento. A prescrição concomitante de vários medicamentos deve ser evitada, entretanto, muitas vezes, é necessária em pacientes que apresentam diferentes condições sistêmicas, como diabetes, hipertensão arterial, doenças renais, entre outras, e pacientes com deficiências, como paralisia cerebral.

Na clínica odontológica, o cirurgião dentista deve ter cuidados adicionais com esses pacientes que fazem uso contínuo de vários medicamentos. Todas as interações medicamentosas podem ser evitadas e medidas preventivas, como a anamnese minuciosa antes de iniciar qualquer tratamento, é imprescindível, pois possibilita ao dentista conhecer o perfil de saúde geral do paciente, e o contato com o médico do paciente para a troca de informações sobre o risco/benefício do emprego de medicações que podem causar

interações adversas. O CD deve entender que ele é o responsável por selecionar a solução anestésica local e os outros medicamentos para seu paciente, em determinada intervenção odontológica, e essa responsabilidade não pode ser transferida para o médico. Assim, deve-se conhecer as interações farmacológicas que podem ocorrer na rotina do atendimento odontológico, e aqui falaremos das principais interações de importância no atendimento odontológico da pessoa com deficiência ou do paciente de grupo especial.

As interações farmacológicas com os vasoconstritores dos anestésicos locais podem ser uma das interações mais comuns. Os vasoconstritores, como epinefrina, noradrenalina, corbadrina e fenilefrina, podem provocar reações indesejáveis, principalmente quando administradas em volumes excessivos de tubetes ou em altas concentrações, ou injetadas diretamente em um vaso sanguíneo. Os vasoconstritores podem reagir com fármacos, como os betabloqueadores, usados para tratamento da hipertensão arterial, arritmia cardíaca e angina do peito (são exemplos desses fármacos: propranolol, nadolol, atenolol, metoprolol, carvedilol, labetalol, entre outros) e betabloqueadores são usados no tratamento de enxaquecas e tremores involuntários. O CD deve estar atento, pois a interação da epinefrina com betabloqueadores pode provocar a elevação da pressão arterial, taquicardia inicial, seguida de bradicardia compensatória, que podem ser efeitos graves quando ocorre a injeção intravascular acidental.

As interações com ansiolíticos, como os benzodiazepínicos usados para sedação mínima do paciente para o tratamento odontológico também podem ocorrer, apesar de serem geralmente administrados em dose única pré-operatória. Os benzodiazepínicos, como diazepam, midazolam, alprazolam, lorazepam, entre outros, podem potencializar o efeito de fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC), como hipnóticos, anticonvulsivantes, neurolépticos e analgésicos de ação central, e ainda causar possível risco de depressão respiratória. O CD também deve estar atento para a interação dos benzodiazepínicos com os anestésicos locais, pois todos são também depressores do SNC. A prescrição dos benzodiazepínicos deve sempre ser feita com um alertar ao paciente quanto ao risco de interação com álcool no período de 24 horas antes e depois da ingestão da medicação, pois o álcool também é depressor do SNC.

As interações com anti-inflamatórios não esteroides (AINES) são de importância para o CD, já que este grupo de medicamentos são prescritos com frequência na prática odontológica para o controle da dor e do edema. Os AINES podem interagir com fármacos, como os anticoagulantes, principalmente a varfarina, e antiagregantes plaquetários, como a aspirina e o clopidogrel, que são comumente usados na profilaxia do infarto do miocárdio, tromboembolismo cerebral e acidente vascular cerebral, e nas trombozes venosas profundas. A varfarina também pode interagir com o paracetamol, um analgésico de uso comum na odontologia, provocando um aumento do efeito anticoagulante da varfarina. Essas interações citadas podem predispor o paciente a hemorragias durante ou após procedimento cirúrgico. Os AINES também podem ter uma reação adversa importante com alguns medicamentos anti-hipertensivos, que têm o mecanismo de ação dependente da síntese de prostaglandinas pelos rins, como captopril, enalapril, hidroclorotiazida, propranolol, nadolol, entre outros. Como os AINES reduzem a produção de prostaglandinas, eles podem interferir na homeostasia renal e provocar um aumento da pressão arterial. Os pacientes diabéticos que fazem uso de medicamentos hipoglicemiantes orais podem sofrer episódios de hipoglicemia como consequência do uso de AINES, pois estes competem pelas ligações com as proteínas plasmáticas, como a clorpropamida e glibenclamida. Assim, essa interação pode limitar o uso de AINES em diabéticos (ANDRADE, 2014).



Refleta

Veja como interações dos AINES com fármacos anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, alguns anti-hipertensivos e hipoglicemiantes podem ser importantes na prática odontológica. A prescrição de AINES, mesmo por curto espaço de tempo, 2-3 dias, deve ser evitada, e o CD deve refletir sobre sua substituição por corticosteroides, como a dexametasona ou betametasona, em dose única, para pacientes cardiopatas, hipertensos e diabéticos. Para os pacientes em tratamento com varfarina ou clopidogrel, o paracetamol deve ser evitado e substituído por dipirona.

4 - Suporte básico de vida nas emergências odontológicas

O Suporte Básico de Vida (SBV) constituiu os procedimentos que garantem a circulação sanguínea e a ventilação pulmonar em uma situação de emergência médica. O conceito de SBV é um consenso mundial que foi criado e formalizado como um protocolo padronizado para ressuscitação de vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) e é revisado a cada cinco anos pela Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR). Os primeiros socorros e a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) são procedimentos que podem ser realizados até por pessoas leigas que tenham recebido o treinamento adequado, podendo salvar uma vida. Os profissionais de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, devem estar preparados para prestar os primeiros socorros e a RCP em caso de emergência (ANDRADE, 2011).

Passos do Suporte Básico de Vida para adultos (SBV, 2015):

1) Avaliar riscos no ambiente: o socorrista deve examinar o ambiente e se certificar que não há risco para ele e para a vítima, o que geralmente não ocorre no consultório odontológico.

2) Avaliar se a vítima responde: o socorrista deve segurar os ombros da vítima com uma mão de cada lado e fazer estímulo suave e, ao mesmo tempo perguntar “você está bem?” e verificar se há alguma resposta que indique consciência, respiração e pulso na vítima.

3) Liberar as vias aéreas, colocando a mão sobre a testa da vítima, fazendo a hiperextensão do pescoço. Colocar uma almofada ou blusa dobrada sob as costas para ajudar a manter a posição da cabeça e a hiperextensão do pescoço. Remover qualquer objeto, alimento que estiver na boca que esteja impedindo a passagem de ar e remover ou afrouxar as roupas que estejam apertando o pescoço ou o abdome.

4) Avaliar rapidamente a respiração, aproximando o rosto da região da boca e do nariz da vítima, tentar sentir fluxo de ar, ouvir os ruídos da respiração e observar os movimentos do tórax. Se após 10 segundos de avaliação o socorrista ainda tiver dúvidas, ele deve concluir que não há respiração e iniciar a RCP.

5) Chamar imediatamente um serviço de emergência (ligar 192 - SAMU ou 193 -Bombeiros) se a vítima está inconsciente e não

respira ou tem respiração agônica. Se o socorrista estiver sozinho, ele deve chamar o socorro antes de iniciar a RCP em adultos, pois uma vez iniciada, ela não pode ser interrompida.

6) Iniciar a RCP: o socorrista deve deitar a vítima de barriga para cima sobre uma superfície plana e firme, ajoelhar-se ao lado dos ombros da vítima e posicionar o queixo dela para cima e a boca aberta para facilitar a respiração. Remova as roupas que cobrem o tórax da vítima. No centro de uma linha imaginária que liga os mamilos, deve-se apoiar a base de uma das mãos sobre o terço inferior do osso esterno, colocar a outra mão sobre a primeira, entrelaçando os dedos, deixando seus braços retos, e empurrar o peito da vítima para baixo com força e rapidez, usando o peso do seu corpo. As compressões devem ser rítmicas e seriadas, realizando 100 a 120 compressões por minuto, ou 2 compressões por segundo, essas compressões devem deslocar o peito 5 cm para baixo. Deve-se permitir o retorno total do tórax após cada compressão.

7) Aplicar a ventilação (boca a boca): deve ser alternada com a compressão torácica, 30 compressões e 2 respirações. Para fazer a respiração boca a boca, mantenha a manobra de hiperextensão do pescoço, comprima firmemente as narinas com os dedos da mão que está sobre a testa, respire, coloque seus lábios ao redor da boca da vítima, fechando hermeticamente. Aplique uma ventilação soprando por 1 segundo e observe a elevação do tórax, espere o tórax baixar, então inspire novamente e aplique a segunda ventilação.



Atenção

Se a pessoa que dá os primeiros socorros não sabe ou não se sente confortável para realizar a respiração boca a boca, ela deve fazer só as compressões torácicas sem interrupção até a vítima reagir ou o socorro chegar. Se for necessário realizar a ventilação boca a boca, o CD pode ter em seu consultório, acessórios simples de proteção, como máscaras descartáveis ou reutilizáveis, que impedem o contato direto com as secreções do paciente, e ainda uma bolsa de Ambu-Rubem.

8) Verifique o pulso, colocando o dedo médio e o indicador sobre a artéria carótida, e se a pessoa respira, faça isso a cada 2 minutos, se não obtiver resposta, continue as massagens até a chegada da

ambulância, e, se possível, revezando com outro socorrista quando cansar.

Em crianças, o SBV tem algumas peculiaridades: a ventilação de 1 segundo deve ser mais suave; a compressão torácica pode ser executada apenas com uma das mãos, dependendo do tamanho da criança; caso haja dois socorristas, o RCP deve ser realizado na frequência de 15 compressões e 2 ventilações.



Assimile

Assimile melhor os procedimentos de ressuscitação, assistindo ao vídeo "How to Perform CPR video" ou "Como fazer ressuscitação cardiopulmonar vídeo". Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cosVBV96E2g>>. Acesso em: 4 dez. 2017. Este vídeo está em inglês, mas você pode ativar as legendas ocultas e configurá-las, clicando em: Detalhes > Legendas/CC > Traduzir automaticamente > Português. Você também pode assistir ao vídeo: Protocolo RCP. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=sBHzOB74KuY>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

Caro aluno, os conteúdos dessa unidade são de extrema importância no seu dia a dia profissional, portanto aproveite e debata sobre esses assuntos com seus professores e colegas de classe. Assim, você tirará possíveis dúvidas e aprenderá ainda mais.

Sem medo de errar

Tiago e sua acompanhante foram recebidos por Orlando e Juliana na clínica. Relembraremos as condições médicas e odontológicas de Tiago: ele tem problemas neurológicos e apresenta tremores e dificuldades para manter a abertura de boca e, por isso, não consegue fazer uma higiene bucal adequada; tem um quadro de anemia crônica em tratamento médico; apresenta periodontite com perda óssea severa e exsudato em alguns dentes, com indicação de exodontia; dente 25 com cárie extensa e lesão periapical. Diante do quadro de saúde geral e bucal, quais seriam os possíveis riscos de urgência e emergência no atendimento à PCD?

Após uma anamnese minuciosa, Orlando e Juliana devem obter todas as informações possíveis para traçar o perfil de saúde de Tiago,

incluindo os medicamentos administrados pelo médico. Tiago tem distúrbios hematológicos e faz tratamento e uso de medicação. A primeira ação do CD deve ser o contato e troca de informação com seu médico para definir os riscos no atendimento e um bom plano de tratamento, prevenindo as situações de emergência. A prescrição de antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios será necessária para o controle da infecção, do edema e da dor, mas deve considerar o risco de possíveis interações medicamentosas com os fármacos que Tiago já faz uso. A decisão da melhor opção para administração da medicação pode ser tomada com o médico. Devido aos problemas hematológicos de Tiago, é necessário avaliar o risco de hemorragias no atendimento odontológico, principalmente durante e após as intervenções cirúrgicas. Somente após conversar com o médico do paciente Orlando e Juliana planejarão e executarão o tratamento.

Agora que você já estudou essa unidade, qual é a melhor conduta para o tratamento da periodontite e para executar as exodontias necessárias? Se for necessário, releia e, em seguida, discuta com seus colegas para responder.

Faça valer a pena

1. As urgências e as emergências no consultório odontológico podem ocorrer no cotidiano profissional, especialmente no atendimento à PCD. As emergências durante a assistência odontológica da PCD podem estar ligadas a várias causas diferentes, dependendo do tipo de limitação do paciente e sua condição médica. O estresse e o medo são as principais causas de emergência no atendimento odontológico, pois podem mudar subitamente o quadro clínico do paciente e provocar _____.

Escolha a única alternativa correta que completa a frase:

- a) Aumento da pressão arterial em pacientes hipertensos.
- b) Reação alérgica em paciente hipertenso.
- c) Convulsões em pacientes hipertensos.
- d) Hiperglicemia em pacientes epiléticos.
- e) Hiperglicemia em pacientes hipertensos.

2. A parada cardíaca é a interrupção abrupta e inesperada da circulação sanguínea causada pela parada dos batimentos cardíacos. Quando

ocorre uma parada cardíaca, geralmente também ocorre a parada respiratória, e vice-versa e, por isso, o evento recebe o nome de parada cardiorrespiratória (PCR).

Sobre as manobras de ressuscitação, é correto afirmar:

- a) Deve-se começar pela respiração boca a boca, pois é mais importante.
- b) Quando o paciente recobrar a consciência, deve-se chamar o SAMU.
- c) Iniciar imediatamente 30 compressões sobre o esterno alternadas com 2 respirações.
- d) Deve-se verificar o pulso quando o paciente recobrar a consciência.
- e) Deve-se esperar o serviço de emergência chegar.

3. As interações com anti-inflamatórios não esteroides (AINES) são de importância para o CD, já que este grupo de medicamentos é prescrito com frequência na prática odontológica para o controle da dor e do edema.

Sobre as interações farmacológicas com anti-inflamatórios não esteroides, é correto afirmar que:

- a) O risco de interação com anticoagulantes é nulo quando os AINES são usados por tempo curto.
- b) A interação com hipoglicemiantes, como a varfarina, causa hiperglicemia.
- c) Os AINES podem causar hipotensão arterial no paciente que toma anti-hipertensivos.
- d) Os AINES devem ser substituídos por corticosteroides para pacientes diabéticos.
- e) Um AINE como o paracetamol deve ser substituído por dipirona em pacientes que usam varfarina.

Referências

AGÊNCIA LOCAL DE EMPLEO. **Protocolo RCP**. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=sBHzOB74KuY>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

AHA - American Heart Association (Org.). **Destaque da American Heart Association 2015**: atualização das diretrizes de RCP e ACE. Dallas: American Heart Association, 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Medicas, 2014.

ANDRADE, E. D. et al. **Emergências médicas em odontologia**. 3. ed. Piracicaba: Artes Médicas, 2011.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALDAS JR., A. F. et al. **Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência**: protocolos, diretrizes e condutas para auxiliares de saúde bucal. Recife: UFPE, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2656/acpd_vol3.pdf?sequence=1>. Acesso em: 31 out. 2017.

CPR - CERTIFIED.COM. **How to Perform CPR video**. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cosVBV96E2g>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

Decreto n. 6.949, de 25 de Agosto de 2009. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Art. 2º. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 23 nov. 2017.

DERCELI, J. R. et al. Oral rehabilitation in a patient with special needs. **RGO - Rev. Gaúcha de Odontologia**, v. 63, n. 3, p. 337-342, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015000300337&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

GUPTA, A. et al. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. **J Can Dent Assoc**, v. 73, n. 1, p. 77-83, 2007. Disponível em: <<http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-1/77.html>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

HARTWIG, A. D. et al. Recursos e técnicas para a higiene bucal de pacientes com necessidades especiais. **Revista da ACBO**, v. 4, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/272>>. Acesso em: 31 out. 2017.

MCCORMICK, N. J.; MOORE, U. J.; MECHAM, J. G. Haemostasis part 1: the management of post-extraction haemorrhage. **Dent Update**, v. 41, p. 290-296,

2014. Disponível em: <http://www.exodontia.info/files/Dental_Update_2014._Haemostasis_Part_1._The_Management_of_Post-Extraction_Haemorrhage.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MINHA VIDA. **Convulsão**: tratamentos e causas. 2016/2017. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/convulsao>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais**: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast, 2000.

PERLMAN, S. P.; FRIEDMAN, C.; FENTON, S. J. A Caregivers guide to good oral health for persons with special needs. **Special Olympics**, 2008. Disponível em: <http://media.specialolympics.org/soi/files/healthy-athletes/Special%20Smiles_Good_Oral_Health_Guide.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

PIMENTEL, A. C. S. B. et al. Emergências em odontologia: revisão de literatura. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 105-113, 2014.

PORTAL DA DIABETES - Associação Protetora dos diabéticos de Portugal. **Tratar hipoglicemia**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.apdp.pt/diabetes/tratamento/urgencias-hospitalares>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

ROMERO-PÉREZ, M. J. et al. Implants in disabled patients: a review and update. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 19, n. 5, p. 478-82, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192571/>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

SAÚDE TO. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VqemUfjXZ3A>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. **Hipoglicemia**. 2017. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/hipoglicemia>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

SBV. **Suporte básico de vida para adultos e qualidade da RCP**: SBV aplicado por profissionais da saúde. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/labsim/wp-content/uploads/sites/23/2016/07/1.-BLS-Revisao.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

SCHARDOSIM, L. R.; COSTA, J. R. S.; AZEVEDO, M.S. Abordagem odontológica de pacientes com necessidades especiais em um centro de referência no sul do Brasil. **Revista da ACBO**, v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/254>>. Acesso em: 31 out. 2017.

VARELLIS, M. L. Z. **Paciente com necessidades especiais na odontologia**: manual prático. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013.

YAP, E. et al. Root canal treatment and special needs patients. **Int Endod J**, v. 48, n. 4, p. 351-361, 2015.

Envelhecimento humano e saúde do idoso

Convite ao estudo

Estimados alunos, na Unidade 3 desta disciplina, você conhecerá os principais aspectos do envelhecimento humano que são importantes para um tratamento odontológico adequado e integral aos indivíduos idosos. O envelhecimento constitui um processo fisiológico que se caracteriza pelas mudanças orgânicas em que ocorre uma diminuição das faculdades psicológicas, comportamentais e físicas. Todas as funções vitais, com a idade, passam por um processo de degeneração, apresentando desordens de menor a maior gravidade. O atendimento por uma equipe multiprofissional determina uma atenção diferenciada, tendo o cirurgião dentista um papel importante na equipe de trabalho em relação à saúde do idoso. Devido ao crescimento da população idosa no país, devemos estar capacitados a assisti-los adequadamente.

Para auxiliar o estudo e o entendimento das situações do dia a dia na Clínica Odontológica da Universidade, vamos acompanhar os alunos do oitavo semestre de Odontologia, Maria e Francisco, no atendimento dos pacientes. Vamos começar pela paciente Joana (80 anos), a qual compareceu à clínica para consulta odontológica acompanhada de sua filha. Durante o atendimento, a paciente se mostrou um tanto confusa nas respostas durante a anamnese e foram observados grandes tremores nas mãos, fato que a paciente relatou ter sido diagnosticada com Mal de Parkinson. Ao exame clínico bucal, foram diagnosticadas alterações/patologias dentárias, como raízes residuais e dentes com mobilidade devido à doença periodontal avançada; a paciente também faz uso de próteses parciais removíveis mal adaptadas. Maria e Francisco conversaram longamente com a filha da paciente,

notando que ela era muito impaciente e severa com a mãe. A filha relatou que a mãe tinha muito medo de dentista, pois o anterior a tinha traumatizado.

Ajude os alunos Maria e Francisco a pensarem na melhor solução para iniciar uma abordagem no primeiro atendimento a Joana. Existe uma forma fácil de explicar sobre o processo de envelhecimento que todos nós passamos? Qual é a melhor abordagem psicológica para o atendimento dessa paciente, para que ela possa sentir confiança nos alunos? E, desta forma, eles possam iniciar os procedimentos reabilitadores?

Na Seção 3.1, abordaremos os principais pontos da fisiologia do envelhecimento humano e suas teorias de envelhecimento: teoria dos radicais livres, teoria da glicosilação e teoria do envelhecimento programado; estudaremos a legislação do idoso, a cartilha do idoso e a delegacia e o Estatuto do Idoso; e, por fim, estudaremos sobre os aspectos psicológicos do atendimento ao idoso com abordagem para o tratamento odontológico. Em cada seção, você ajudará os alunos Maria e Francisco a resolverem os desafios vivenciados diante da situação apresentada pelo paciente.

Seção 3.1

Fisiologia do envelhecimento: teorias do envelhecimento humano; legislação da pessoa idosa: cartilha do idoso; delegacias do idoso; Estatuto do Idoso; aspectos psicológicos no atendimento ao paciente geriátrico

Diálogo aberto

Estimado aluno, estudaremos, nesta seção, os aspectos do processo fisiológico do envelhecimento humano e suas teorias. O Brasil vem tendo um aumento significativo da população idosa ao longo da última década e, ao mesmo tempo, a expectativa média de vida do brasileiro também subiu para 75,5 anos (IBGE, 2015). Com isso, essas mudanças deverão provocar um grande impacto no sistema de saúde, pois há a necessidade de uma visão global do envelhecimento humano e uma abordagem diferenciada com interação de diversos profissionais da área da saúde, visando à promoção de medidas preventivas específicas e à reabilitação desses indivíduos, ações que são de extrema importância.

Esse aprendizado dará suporte para entender e ajudar Maria e Francisco, alunos do quinto ano, a atenderem a Sra. Joana, 80 anos, que compareceu à clínica de odontologia para atendimento. A paciente demonstrou certa dificuldade em responder a algumas perguntas da anamnese e relatou ter o diagnóstico de Mal de Parkinson. Ao exame clínico, verificou-se mobilidade dentária, raízes residuais e prótese parcial removível mal adaptada; e durante o atendimento, os alunos notaram uma certa agressividade da filha, que era a acompanhante da idosa.

Antes de iniciar o planejamento do tratamento reabilitador da cavidade bucal, o que é preciso fazer? Quais medidas devem ser tomadas antes de dar início ao tratamento propriamente dito? Quais são os pontos a serem observados durante o exame da paciente?

Para que você consiga ajudar os alunos a responderem aos questionamentos elencados, serão apresentados, de forma contextualizada, no item "Não pode faltar", os conteúdos sobre os aspectos do envelhecimento humano da cavidade bucal.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), em uma projeção dos próximos 30 anos, a população idosa no mundo (acima de 60 anos) passará dos 841 milhões para 2 bilhões, trazendo grandes mudanças para a saúde pública mundial e na forma de tratar as doenças crônicas. Envelhecer é um processo individual que ocorre desde o momento do nascimento de forma irreversível, levando a um desgaste não patológico do organismo, o qual, com o passar dos anos, debilita o indivíduo, levando-o à morte. Evidentemente, o meio ambiente interfere nesse processo de envelhecer. Baseando-se no Estatuto do Idoso, indivíduos com 60 anos ou mais, independentemente de sexo e raça, são considerados idosos no Brasil.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2014) leva em consideração o desenvolvimento econômico de cada país para definir a faixa etária da população idosa. Nos países desenvolvidos, são considerados idosos as pessoas com idade a partir de 65 anos, e nos países em desenvolvimento, as pessoas com 60 anos.

O Brasil vem modificando o seu perfil populacional nas últimas décadas, e isso vem ocorrendo devido a uma diminuição das taxas de nascimento de crianças e da mortalidade, aumentando a expectativa de vida do brasileiro. A projeção é que até 2025, no Brasil, teremos uma população idosa de, aproximadamente, 31,8 milhões de pessoas, dado que nos faz refletir sobre o impacto e as mudanças que isso trará para o país no âmbito de saúde pública, socioeconômico, trabalhista, de qualidade de vida e na forma de conviver e cuidar dessa população (OMS, 2015).

Fisiologia do envelhecimento: teorias do envelhecimento humano

Todo ser vivo multicelular possui um tempo determinado de vida, e mudanças fisiológicas acontecem ao longo desse tempo. A vida do ser humano pode ser dividida em três fases: crescimento/desenvolvimento, reprodutiva e envelhecimento. Inicialmente, acontece o desenvolvimento dos órgãos especializados e seu crescer até tornar-se capaz de se reproduzir, o que caracteriza a segunda fase. A terceira fase acontece com a diminuição da função, levando a uma degradação crescente do organismo. As

pessoas envelhecem de formas variadas e distintas, portanto a idade cronológica pode ser diferente da idade psicológica, da idade social e, inclusive, da idade biológica.

A idade biológica está relacionada ao envelhecimento orgânico, com o tempo, os órgãos sofrem alterações que limitam o seu funcionamento, tornando-os menos eficazes.

A idade social diz respeito aos hábitos da pessoa em relação ao convívio com os outros, muitas vezes, influenciada pela cultura e história do país onde vive.

A idade psicológica está relacionada às competências comportamentais, incluindo a memória, a inteligência e a motivação.

O ser humano sofre o desgaste natural e progressivo dos aspectos físicos e cognitivos do organismo, assim como todas as espécies sofrem alterações notáveis e envelhecem do nascer até o momento da morte. Existem inúmeras teorias sobre o envelhecimento, como a teoria genética, a imunológica, a do acúmulo de danos, a dos radicais livres, entre outras. Entretanto, muitas pesquisas ainda são realizadas na busca de conhecimentos sobre esse processo.

Existem classificações que advêm da teoria do envelhecimento biológico, as quais se dividem em dois grupos: teoria programada e teoria estocástica.

A teoria programada acredita no “relógio biológico” que controla todo o nosso crescer, desenvolver, envelhecer e morrer.

A ideia básica das teorias estocásticas é a verificação de situações desfavoráveis que levam a modificações progressivas celulares e até moleculares. Iremos, a seguir, estudar algumas dessas teorias.



Assimile

Estimado aluno, amplie seus conhecimentos com o artigo a seguir.

LUSTOSA, M. A. Atendimento ao paciente idoso. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a03.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

Teoria do envelhecimento programado

Segundo a teoria do envelhecimento programado, a qual está ligada à idade biológica, o envelhecimento ocorre unicamente

por fatores genéticos, ou seja, as células do organismo estão programadas geneticamente para degenerar após um determinado número de divisões celulares. Uma vez atingido esse número, desencadeia-se o processo de morte. Ao ocorrer a morte celular, há um colapso dos órgãos, gerando uma desestabilização das funções básicas biológicas para manter a vida do indivíduo.

Teoria da glicosilação

A teoria da glicosilação advém da classificação estocástica do envelhecimento, a qual afirma que alterações que acontecem nas proteínas através da glicólise provocam a síntese de ligações cruzadas no colágeno, desencadeando, no indivíduo idoso, um colapso na função e na estrutura tecidual dele. Como já sabemos, o nível de glicemia no idoso tende a ser maior do que no indivíduo adulto-jovem, devido a uma menor resistência dos tecidos à insulina. Com isso, os tecidos não conseguem captar adequadamente a glicólise, juntando-se, no tecido conjuntivo, a receptores proteicos de macromoléculas. O transporte intracelular sofre interferência devido à deficiência de glicosilação dos tecidos, levando a uma menor elasticidade, desencadeando um colapso tecidual.

Até que ponto as proteínas que apresentam períodos longos de vida podem apresentar uma elevação progressiva da glicosilação que esteja relacionada com o envelhecimento natural (idade), como é observado em estudos com colágeno humano? Essa é a polêmica desta teoria.

Teoria dos radicais livres

Esta teoria afirma que as células envelhecem em resposta aos danos acumulados em seu interior, e esses danos são causados por reações químicas, as quais têm como resultado a formação de radicais livres, moléculas capazes de danificar as células. Como os radicais livres são produzidos por um mecanismo oxidativo, quanto mais um ser humano é exposto a radiações, como raios ultravioletas, tabaco, entre outros, maior será a formação desses radicais.

Os radicais livres são assim chamados pelo fato de possuírem um número ímpar de elétrons, isto é, um elétron desemparelhado. Possuem muita energia livre, tornando-se instáveis, e na busca de

tornarem-se estáveis, reagem com outras moléculas na tentativa de emparelhar o seu elétron livre, e isso lhes confere grande capacidade de ligação aos tecidos. Os radicais livres oxidam os elementos celulares, levando a modificações e disfunções que vão se acumulando até provocar a morte da própria célula. Com o passar do tempo/envelhecimento, isso tende a acontecer em mais e mais células, por efeito acumulativo. Uma das consequências dos radicais livres é a elevação das taxas de peroxidação lipídica, que danifica as enzimas mitocondriais e a membrana plasmática. Essa teoria é confirmada por diversos trabalhos científicos que acreditam no envolvimento dos radicais livres em doenças típicas da idade, como: doenças neurodegenerativas, hipertensão, arteriosclerose, catarata, doenças coronarianas, entre outras.

Hoje, sabe-se que as vitaminas C e E funcionam como antioxidantes, isto é, podem diminuir a formação de radicais livres, portanto uma alimentação rica nessas vitaminas ou a ingestão delas pode reduzir a oxidação celular. Os radicais livres afetam todos os tipos de células, por exemplo, as células nervosas. Ao longo dos anos, pode provocar uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo, podendo até levar à morte.



Pesquise mais

Para entender com mais profundidade a respeito do envelhecimento fisiológico humano, leia o artigo a seguir:

SILVA, E. M. M. et al. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**, v. 2, n. 1, p. 62-74, 2005. Disponível em: <http://www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_revisao24.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

O processo de envelhecimento é complexo e não pode ser resumido em uma teoria, pois são muitas as variáveis e os aspectos que devem ser levados em consideração para o estudo desse processo. Entretanto, é normal as pessoas focarem o olhar do envelhecer apenas nos aspectos biológicos, por serem mais observáveis e fáceis de serem medidos e quantificados.

Envelhecer não é sinônimo de doença, mas um processo de transformação desde a estrutura orgânica, a alteração do

metabolismo onde este se torna mais lento, a fragilização do sistema imune do organismo, as modificações nos hábitos alimentares e o avanço nas alterações das condições intelectual, social e emocional.

Com o aumento da demanda da população idosa, os profissionais da saúde devem buscar se aperfeiçoar no atendimento a essa população, pois há necessidade de uma escuta mais cuidadosa, uma abordagem durante o tratamento que respeite o tempo e as limitações do idoso, buscando dar autonomia, além de estimular a independência dessas pessoas. Essa mudança comportamental dos profissionais se faz necessária para gerar um melhor atendimento, visando melhorar a qualidade de vida da população idosa.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990) assegura os direitos dos idosos, mas devido à desinformação desses direitos ou à negligência por parte da população, eles não são aplicados. A Constituição Federal, em seu artigo 230, afirma que:



[...] a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. (BRASIL, 1990, [s.p.]

Uma população deve ter conhecimento dos seus direitos para poder exigí-los quando necessário. Para tanto, viu-se a necessidade de criar o Estatuto do Idoso através da Lei nº 10.741/2003, o qual é a legislação que contém o maior número de direitos aos idosos. Ele dispõe sobre papel o da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Além dos direitos básicos de uma pessoa, o idoso também usufrui dos direitos à proteção integral, que são: o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, a alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação, ao transporte, ao acesso à justiça, entre outros (BRASIL, 2003).

O paciente idoso deve ser tratado com respeito, e cabe ao profissional da saúde explicar com calma e detalhadamente sobre

a sua condição de saúde e lhe dar o direito de participação na evolução e na escolha do tratamento a ser executado.

Apesar das leis que protegem os idosos, estudos relatam que estes, normalmente, sofrem violência dentro da própria casa, e os atos violentos são praticados por seus familiares, principalmente por filhos, noras, genros e cônjuges. Diversos são os motivos que levam os idosos a sofrerem atos violentos ou negligências, como diferenças de pensamento de uma geração para a outra, problemas financeiros ou falta de espaço físico, situação em que o idoso, muitas vezes, é tratado como um peso, um fardo. A violência sofrida pelo idoso pode ser de diversas formas, por exemplo, violência psicológica/emocional, financeira/econômica, física, negligencial e até abandono.

Visando ampliar os cuidados voltados aos idosos no Brasil, está tramitando na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 8.355/2017, o qual tornará obrigatória a construção de delegacias especiais para o atendimento ao idoso nos municípios com mais de cem mil habitantes, pois acredita-se que o atendimento a essa população deve ser especializado, pois precisa de um tempo e de uma escuta diferenciados. Algumas cidades brasileiras já possuem essas delegacias, as quais dão prioridade ao idoso que sofreu algum tipo de violência (física ou abuso econômico), prestando um trabalho de apoio psicológico e estrutura física diferenciada para adequado atendimento a esse grupo que, muitas vezes, possui dificuldade de mobilidade.

A Cartilha do Idoso (BRASIL, 2006) é outro recurso que tem por objetivo aumentar o entendimento de todos nós acerca dos direitos do idoso que constam na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso e que devem ser cumpridos por toda a sociedade e pela família. A cartilha norteia os idosos em relação às informações acerca dos seus direitos sobre serviços, procedimentos de saúde, atendimento prioritário e benefícios especiais, além de tudo sobre as leis que os protegem.

Para que cada vez mais aconteça a inclusão dos idosos na sociedade, é necessário estimulá-los a saírem das suas casas e valorizar as suas experiências, buscando uma melhor qualidade de vida. Devemos respeitar sua autonomia, a sua prioridade no atendimento, o seu direito de ir e vir sem restrições, as quais podem ocorrer devido a dificuldades arquitetônicas ou de transporte, o que dificulta ou impossibilita a sua locomoção.



Refleta

Na sua opinião, os direitos dos idosos são respeitados? O que cada um de nós poderia fazer para melhorar a condição do idoso no nosso país?

Para mais informações, acesse o material a seguir:

DEFENSORIA PÚBLICA DO MATO GROSSO DO SUL. **Direitos da pessoa idosa**. 2017. Disponível em: <www.defensoria.ms.def.br/images/conteudo/outros/2016_Direitos_Pessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2018.



Pesquise mais

Estimado aluno, é muito importante que você conheça com mais detalhes e reflita sobre a importância de saber a respeito dos direitos dos idosos, por isso acesse este link e leia sobre os direitos da pessoa idosa.

BRASIL. **Cartilha do Idoso** – Guia para viver mais e melhor. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

Aspectos psicológicos no atendimento do paciente geriátrico

Com o passar dos anos, o envelhecimento acarreta uma redução das funções fisiológicas e biológicas, levando a disfunções no organismo e, com isso, aparecem as doenças. Paralelo a isso, podem ocorrer mudanças psicoemocionais que levam a uma baixa-estima e à tendência ao isolamento, modificando o comportamento social.

Portanto, durante o atendimento clínico do idoso, devemos verificar se ele demonstra medo do cuidador ou de seu familiar; ou se ocorre alteração de atitude na presença do cuidador; ou ainda, se a cada resposta a ser dada ele olha para o cuidador e se mostra exagerado respeito ao cuidador/familiar.

Durante a conversa com o cuidador ou o familiar, devemos analisar alguns aspectos, como: se ele demonstra desgaste emocional e se sente sobrecarregado em cuidar do idoso; não deixa o idoso responder às perguntas, mesmo ele sendo capaz de fazer; não deixa o idoso sozinho com o profissional da saúde e está a todo momento na defensiva; se e culpa o idoso por todos os problemas, inclusive pelas suas condições de saúde.

Importante ressaltar que, ao conversar com o idoso na anamnese e durante todo o tratamento, devemos estabelecer um vínculo de confiança, respeitando suas limitações e não o culpar pela situação atual, mas, ao mesmo tempo, não transmitir falsas expectativas e fazer toda a orientação em relação ao tratamento e aos seus cuidados.

Ao observarmos todos esses detalhes durante o nosso atendimento odontológico, como profissionais da área da saúde, devemos conhecer os trâmites legais a serem seguidos quando suspeitamos de algum tipo de violência ou negligência, como: registro de ocorrência, oitiva, perícias ou instauração de procedimento, e é de fundamental importância conhecer os locais específicos para onde o idoso poderá ser encaminhado. Existem locais de assistência social, como os prestados pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os quais recebem encaminhamentos de casos de vulnerabilidade do idoso que requerem ações no âmbito da assistência social (acompanhamento, acolhimento institucional, benefícios previdenciários). Existem os serviços de saúde do município e do Ministério Público Estadual, que acolhem casos de violência física, e a Defensoria Pública, que trabalha no sentido de orientar e entrar com ações de pedidos de medicamentos, cirurgias e até internações, bem como ações na área civil, familiar e previdenciária.

Frisamos a importância que, durante o atendimento odontológico ao idoso, devemos estar atentos e observarmos detalhadamente o paciente, e uma vez suspeitando que ele vem sofrendo algum tipo de violência ou negligência, não podemos nos omitir, devemos comunicar aos órgãos competentes: polícia, Ministério Público, Conselho Nacional, Estadual ou Municipal do Idoso.

Você, como futuro profissional da área da saúde, sabe que a boca possui um papel importante na qualidade de vida de qualquer pessoa, e na do idoso não é diferente. Um sorriso agradável atrai amigos, enquanto uma boca com halitose afasta; um indivíduo com ausência de saúde bucal pode apresentar dificuldades em se alimentar, em deglutir, em falar, e isso refletirá negativamente na sua vida familiar e social.

Durante o atendimento ao idoso, devemos trabalhar buscando estabelecer um vínculo de amizade e confiança, escutando pacientemente, no tempo do idoso, sem críticas e explicando a todo

momento, de forma simples, o passo a passo, evitando, desta forma, termos técnicos para que realmente ele consiga compreender o que está sendo dito.

No momento do atendimento clínico, devemos, portanto, avaliar o idoso de forma global, traçando um perfil emocional, obter um relato completo do seu estado de saúde física e saber sobre os medicamentos utilizados, e para todos esses detalhes, muitas vezes, o cuidador ou o familiar deve participar desse momento.

Envelhecer é um processo natural, pelo qual todos passaremos, portanto devemos buscar e oferecer um atendimento diferenciado e integral para o idoso, para que ele possa se sentir bem, para se alimentar, para falar e para viver em sociedade com dignidade. Carinho e respeito devem fazer parte do nosso dia a dia!



Exemplificando

As delegacias especializadas no atendimento ao idoso são de fundamental importância, devido ao aumento significativo dessa população no Brasil e por ser, muitas vezes, alvo fácil para os criminosos (devido a limitações locomotoras ou dificuldade com ferramentas de comunicação), sofrendo fraudes financeiras, violência física e até sexual. Os idosos necessitam de uma atenção especializada, que possa fazer o acolhimento e a escuta apropriada, a fim de orientar e encaminhar para os órgãos competentes para solução dos ilícitos.

Sem medo de errar

Agora que estudamos a respeito do envelhecimento humano e sobre a legislação do idoso no Brasil, vamos ajudar Maria e Francisco no atendimento a Joana, respondendo às seguintes perguntas: antes de iniciar o planejamento do tratamento reabilitador da cavidade bucal, o que é preciso fazer? Durante a anamnese, a abordagem dos alunos deve ser com uma fala clara, calma e atenciosa ao idoso, explicando a cada detalhe o que será realizado e explicando as necessidades do tratamento. Caso a paciente não consiga responder adequadamente sobre algo em relação à saúde, a sua acompanhante (filha) deve ser questionada.

Quais medidas devem ser tomadas antes de dar início ao tratamento propriamente dito? Quais são os pontos a serem

observados durante o exame da paciente? Durante o atendimento, observar o idoso como um todo, na presença e na ausência da sua cuidadora, verificando os aspectos físicos e emocionais. Neste momento, é importante explicar ao idoso sobre os seus direitos, falar sobre o Estatuto do Idoso e até entregar na sua mão a Cartilha do Idoso. Em relação à doença diagnosticada de Mal de Parkinson, é importante explicar para a paciente que é normal sentir uma certa dificuldade durante a higienização dos dentes devido à dificuldade nos movimentos durante a escovação; importante dizer também que uma alternativa para auxiliar nesta dificuldade será o uso de escovas elétricas e porta passa fio, com isso o idoso se sentirá mais autossuficiente em realizar sua higiene pessoal. Quando a doença estiver em um estado mais avançado, é importante conversar com a cuidadora sobre como ela deve realizar essa higienização, ressaltando a utilização de escovas de cerdas macias para a escovação dos dentes, e no caso da higienização das próteses parciais removíveis ou totais, removê-las diariamente para escovar com escovas adequadas, e ao dormir, remover a prótese, para evitar o aparecimento de candidíase.

Faça valer a pena

1. Pela definição da Organização das Nações Unidas, será considerado idoso aquele com mais de ____ anos, para os países em _____; onde a expectativa é menor, adotam-se os ____ anos como idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população.

Leia com atenção a afirmativa acima e assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas.

- a) 60; subdesenvolvimento; 65.
- b) 65; subdesenvolvimento; 60.
- c) 65; desenvolvimento; 60.
- d) 55; desenvolvimento; 60.
- e) 60; desenvolvimento; 65.

2. A vida do ser humano pode ser dividida em três fases: crescimento/ desenvolvimento, reprodutiva e envelhecimento. Na primeira fase, ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, e o organismo vai crescendo, se desenvolvendo e tornando-se apto a se reproduzir,

o que caracteriza a segunda fase. A terceira fase, do envelhecimento, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo, uma degradação progressiva. As pessoas envelhecem de formas diversas e, a esse respeito, podemos falar de idades psicológica, social e biológica, que podem ser diferentes da idade cronológica.

Assinale a alternativa correta sobre o processo de envelhecimento.

- a) As idades biológica e social acompanham sempre a idade cronológica.
- b) As idades biológica e social estão vinculadas ao envelhecimento orgânico.
- c) A idade social diz respeito aos hábitos do indivíduo e é influenciada pela cultura e a história do local onde o idoso vive.
- d) O envelhecimento é uma diminuição da capacidade funcional do organismo, levando a uma degradação progressiva de forma padrão em todos os indivíduos.
- e) A memória é a única competência relacionada à idade psicológica.

3. O idoso usufrui dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Além disso, tem direito à proteção integral, sobre a qual trata o Estatuto do Idoso. São direitos básicos da pessoa idosa: o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, a alimentos, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação, ao transporte, ao acesso à justiça, entre outros.

Como devem proceder os profissionais da área da saúde ao suspeitarem de uma violência praticada contra o seu paciente idoso? Assinale a alternativa correta.

- a) Durante o atendimento odontológico, caso o cirurgião dentista suspeite de atos violentos ocorridos ao paciente idoso, deve evitar de comentar sobre o fato, pois não se deve invadir a privacidade ou se envolver nos problemas dos pacientes.
- b) O cirurgião dentista deve encaminhar o paciente idoso para tratamento psicológico.
- c) Notificar o órgão competente da sua cidade: autoridade policial (delegacia), Ministério Público ou Conselho Municipal ou Estadual do Idoso.
- d) O profissional da saúde deve somente conversar com a família sobre a agressão, explicar sobre o Estatuto do Idoso e tentar resolver o problema.
- e) O profissional da saúde deve conversar com o idoso para que ele colabore mais com a família.

Seção 3.2

Odontologia geriátrica: abordagem dos problemas clínicos de idosos e avaliação sistêmica do paciente idoso

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, aprenderemos os principais problemas clínicos de saúde do idoso e os critérios que devemos ter para avaliar as condições sistêmicas e análise dos exames complementares da população idosa, realizando uma odontologia geriátrica voltada para a prática clínica integrada.

Buscar uma avaliação integrada, entendendo que a odontologia que analisava apenas a boca não pode mais existir na nossa prática diária, pois sabemos que o organismo funciona integralmente e devemos buscar a saúde em todos os aspectos do corpo, da boca e da mente. Com essa avaliação, buscamos melhorar a qualidade de vida dos nossos pacientes.

Com esse aprendizado você, aluno, poderá ajudar Maria e Francisco no atendimento à Sra. Joana, de 80 anos. Você se lembra de que a paciente demonstrou certa dificuldade em responder a algumas perguntas da anamnese e relatou ter o diagnóstico de Mal de Parkinson? Ao exame clínico, verificou-se mobilidade dentária, raízes residuais e prótese parcial removível mal adaptada.

Baseado no caso descrito sobre a paciente Joana, quais alterações e/ou doenças sistêmicas você anotaria na anamnese? Você solicitaria algum pedido de exame complementar para a paciente? Caso sim, qual e por quê? Você solicitaria algum encaminhamento? Sim? Não? Por quê? Qual?

Para que você consiga ajudar os alunos a responderem aos questionamentos elencados, serão apresentados, de forma contextualizada, no item "Não pode faltar", os conteúdos sobre avaliação sistêmica dos pacientes idosos.

Abordagem dos problemas clínicos de idosos

Os pacientes idosos necessitam de um atendimento integrado e multidisciplinar, pois o processo de envelhecimento traz mudanças biológicas, fisiológicas e psicológicas, as quais, ao longo do tempo, resultam em patologias normalmente crônicas, que, conseqüentemente, necessitam do uso de medicações para o tratamento. As doenças crônicas prejudicam ações funcionais rotineiras, afetando a qualidade de vida do idoso e sua vida social, levando-o, muitas vezes, ao isolamento e à depressão.

Para se obter um diagnóstico correto, planejamento e tratamento ideais, é fundamental compreender as diversas doenças médicas mais prevalentes na população idosa.

Para um atendimento diferenciado, devemos pensar, inclusive, na estrutura física adequada do consultório, pois os idosos, muitas vezes, fazem uso de andadores e cadeiras de roda, portanto se faz necessária uma adequação arquitetônica com acessibilidade, rampas, piso antiderrapante, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, enfim, um local seguro e confortável, inclusive com temperatura agradável.

Tendo o consultório adaptado para esses pacientes de grupos especiais, é importante que os exames sejam realizados minuciosamente. O exame clínico pode ser dividido em três partes: anamnese, exame físico e complementar.

Anamnese: no primeiro atendimento, devemos colher informações durante a anamnese sobre todo o histórico médico, as internações sofridas, as medicações em uso, buscar saber da rotina do idoso, com quem ele vive, quem cuida dele, quem o sustenta financeiramente ou se é ele quem sustenta sua família, quando foi o último atendimento odontológico e como foi o tratamento.

Durante o atendimento, busque sempre olhar o paciente de frente, mantendo o contato visual, além de diminuir a presença de barulho no consultório, falar claro, calmamente, sem gritar e sorrir. Caso necessite escrever algo, faça letra legível e grande para facilitar a leitura para o idoso.

Devemos ter em mente que a consulta de um idoso requer um maior tempo de avaliação, pois esse paciente gosta de conversar

e necessita de maior atenção; também, evite que ele aguarde muito tempo na recepção e sempre ofereça ajuda ou suporte, dando-lhe a mão.

A anamnese é imprescindível, e não consiste em apenas perguntas e respostas, mas no ato do profissional de observar o paciente desde o momento que ele adentra o consultório até na hora de ir embora, prestando atenção na expressão facial, na postura, na forma de andar, se está em tratamento com algum médico, nas doenças passadas, se faz uso de algum medicamento atualmente, no histórico e nas internações e/ou cirurgias. Também, é importante colhermos informações sobre a história social do paciente idoso, pois, assim, podemos traçar o perfil do seu estado mental e emocional, perguntando sobre seu estado conjugal, se fuma, bebe e se tem dificuldades para dormir. Finalizados todos os questionamentos da ficha clínica (dados do paciente), perguntamos: qual é o motivo da consulta? Devemos deixar o paciente falar à vontade. Em seguida, pedimos para que ele sente na cadeira odontológica e, caso precise de ajuda, o auxiliamos e explicamos que iremos a cadeira. Neste momento, observamos as atitudes do paciente, se ele se mantém tranquilo ou se ele se mostra tenso, segurando com força os braços da cadeira.

É interessante dizermos ao paciente: irei apenas avaliar as condições bucais e será bem tranquilo, realmente é normal ficar um pouco tenso. Afinal, só de sentar na cadeira nos lembramos do barulho do motorzinho e deste ninguém gosta mesmo! Inclusive nós, dentistas.

Dessa forma, tentamos descontrair e buscamos construir um laço de amizade e confiança.

Durante todo o tratamento, os atendimentos devem ser explicados de forma clara, objetiva e sem criar expectativas irreais.

Os retornos periódicos devem ser planejados de acordo com a necessidade individual de cada paciente, levando em consideração os aspectos de saúde, da vida do idoso e os fatores de risco.



Exemplificando

Baseado em tudo o que estudamos até aqui sobre a anamnese, vale lembrar a importância de retomarmos a anamnese todas as vezes que

os nossos pacientes retornarem para as consultas de manutenções periódicas, pois ao longo desse tempo sem o atendimento o paciente pode ter passado por alguma cirurgia, ou problemas de saúde, com a necessidade de ingestão de outras medicações. Portanto, para não passarmos por nenhuma situação desagradável, como reações alérgicas, interações medicamentosas ou até mesmo bacteremia, é fundamental, antes do atendimento, atualizarmos a anamnese no prontuário, datar e pedir para o paciente assinar.

Prevenir sempre é a melhor conduta, portanto nada de pressa!

Exame físico: durante o atendimento inicial, devemos realizar a avaliação da ectoscopia, que nada mais é que uma avaliação global do paciente, a qual deve contemplar os seguintes passos:

- 1) Avaliação da orientação e do estado de consciência.
- 2) Avaliação da postura do paciente: passiva, ativa ou de dor.
- 3) Observar a higiene em que ele se apresenta.
- 4) Avaliar a fala, a coerência na conversa durante o atendimento.
- 5) Observar o biotipo da pessoa, a pele e as mucosas, se apresenta uma magreza exacerbada ou excesso de peso, pele normocorada ou não, pele hidratada ou ressecada (essa avaliação é relevante porque são muitos os casos de desidratação em idosos).
- 6) Verificar o fluxo salivar, perguntar ao paciente se ele sente a boca seca, observar se o fluxo está normal ou diminuído, pois muitas medicações sistêmicas influenciam na produção da saliva, levando à xerostomia.
- 7) Observar a face do paciente, pois no idoso é comum a depressão, desta forma, pode apresentar um olhar introspectivo e um rosto triste. No indivíduo com Mal de Parkinson, é frequente observarmos a ausência de expressividade e pálpebras imóveis; outra doença bastante comum na população idosa é a paralisia facial, na qual verificamos uma assimetria, que leva a uma alteração da comissura labial e maior fenda palpebral.
- 8) Pedir para o paciente abrir e fechar a boca, perguntando se ele sente algum desconforto nesse ato, e prestar atenção se faz algum som, como algum estalido; na palpação da articulação temporomandibular (ATM), perceber se há algum tipo de crepitação;

a oclusão também deve ser analisada, pois, segundo a literatura, é alta a prevalência na população idosa de limitações de abertura bucal.

9) Avaliar os sinais vitais, como temperatura, pulso (normalmente, de 60 a 80 batimentos por minuto) e pressão arterial (normalmente, 120/80 mm/Hg).

Figura 3.1 | Etapas do exame físico



Fonte: adaptado de Caldas Jr. e Machiavelli (2015, p. 76).

Durante a avaliação clínica do idoso, é necessário fazer uma revisão dos sistemas detalhadamente, pois uma vez observada alguma alteração ou suspeita, o paciente deve ser encaminhado para o especialista, e um parecer sobre a situação do idoso deve ser solicitado antes de iniciar o tratamento odontológico.

Exame clínico bucal: primeiramente, devemos solicitar ao nosso paciente que remova as próteses removíveis, para iniciarmos o exame clínico bucal, no qual avaliaremos toda a condição dentária, gengival, rebordo alveolar, mucosa jugal, palato duro e mole, porção visível da faringe, fundo de sulco, lábio, língua e assoalho de língua. Realizaremos a palpação dos músculos da face e perguntaremos sobre alguma sintomatologia de dor.

Avaliação sistêmica do paciente idoso: devido ao aumento da população de idosos com complicações múltiplas e à necessidade de realização de uma odontologia com ênfase no tratamento do paciente como um todo, o conhecimento das doenças crônicas presentes torna-se de fundamental importância para o bem-estar

do paciente, a confiança no profissional e o sucesso do tratamento. Tais doenças não devem ser encaradas como uma decorrência natural da idade, mas como processos patológicos, muitas vezes, passíveis de controle.

As doenças crônicas que mais acometem a população idosa são as cardiorrespiratórias (acidente vascular cerebral, pressão alta, infarto e insuficiência cardíaca), problemas degenerativos (Mal de Parkinson, Alzheimer e osteoporose/artrose), problemas renais, doenças pulmonares (gripe, bronquite, pneumonia e enfisema), câncer, distúrbios psicológicos e diabetes mellitus. Cerca de 85% da população idosa possuem uma doença crônica e 10% possuem, ao menos, cinco 5 dessas enfermidades citadas anteriormente (SANTOS et al., 2012).



Refleta

A odontogeriatrics é um campo vasto a ser explorado dentro da odontologia, que deve ser aproveitado e explorado nos cursos de graduação e pós-graduação, a fim de, cada vez mais, capacitar o cirurgião-dentista no atendimento à população com doenças sistêmicas com repercussões na cavidade bucal. A odontologia geriátrica não se limita ao consultório, ela se estende ao atendimento domiciliar e hospitalar e a cada dia mais se torna realidade dentro dos hospitais, melhorando a qualidade de vida do idoso hospitalizado. Você acredita que é importante a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar acompanhando os idosos? Vamos refletir sobre a odontogeriatrics atual? Para isso, é importante debater sobre o artigo a seguir:

ROSA, L. B. et al. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 82-86, 2008. Disponível em: <download.upf.br/editora/revistas/rfo/13-02/15.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

Análise dos exames complementares do paciente idoso

Frequentemente, após a anamnese e o exame clínico, ainda podem restar lacunas para chegar a um diagnóstico correto, então, neste momento, podemos lançar mão dos exames complementares, como exames radiográficos (periapical, oclusal e panorâmica), tomografias, exames laboratoriais, citologia esfoliativa e biópsias, quando necessário.

As radiografias odontológicas são um recurso auxiliar útil no diagnóstico e no plano de tratamento de problemas bucais, principalmente lesões cariosas, doença periodontal e lesões bucais.

Na odontologia, podemos realizar exames intrabucais (raio-X interproximal, oclusal e periapical) e extrabucais (panorâmica, raio-X da ATM e telerradiografia frontal e lateral).

Radiografias interproximais: são empregadas na região dos dentes pré-molar e molar, para investigar cáries nas coroas e, principalmente, entre os dentes. Esse tipo de raio-X não é muito empregado no idoso devido às múltiplas ausências de dentes posteriores comum nesta população.

Radiografias oclusais: são utilizadas para auxiliar na localização de dentes inclusos, supranumerários e na análise de lesões na mandíbula e maxila. Essa radiografia é bastante utilizada em idosos desdentados totais, a fim de investigar restos radiculares e/ou lesões.

Radiografias periapicais: são utilizadas para regiões determinadas da boca. O conjunto completo do levantamento periapical consiste em 14 radiografias. Esse tipo de exame é empregado para tratamento periodontal, extrações e visualização de detalhes do dente e das estruturas correlatas.

Radiografia panorâmica: mostra um aspecto geral de todo o arco dentário, dentes, maxila, mandíbula e ATM. No paciente idoso, é um recurso interessante para solicitarmos e analisarmos a presença de raízes residuais sepultadas e de lesões em áreas desdentadas.

Exame radiográfico da ATM: é um auxiliar no diagnóstico. Deve-se buscar imagens criteriosas, pois essa área é de difícil análise devido à sobreposição de estruturas, por isso, normalmente, são realizadas três tomadas radiográficas com o côndilo em posições diferentes: dentro da cavidade articular posição de repouso, relação cêntrica, oclusão e protrusão. Com o advento da tomografia e ressonância, o diagnóstico da ATM foi facilitado, apesar de esses exames terem um custo elevado.

Telerradiografia frontal e lateral: radiografias do crânio e face realizadas frontal ou lateralmente, utilizadas para realização dos traçados cefalométricos em tratamentos ortodônticos e cirurgias bucomaxilofaciais.

Portanto, a solicitação de exames complementares, como a radiografia periapical e a radiografia panorâmica, representa um excelente recurso auxiliar de diagnóstico, para analisar de forma geral a condição bucal do indivíduo, verificando, por exemplo, a presença de cistos e tumores; também, nos possibilita estudar a condição óssea, periodontal e dentária, a fim de facilitar a confecção do planejamento e do plano de tratamento. Quando necessitarmos de maior detalhamento de estruturas, devemos solicitar tomografias, as quais, por exemplo, são amplamente utilizadas na implantodontia e para diagnóstico de lesões, fraturas e tumores.

A citopatologia analisa as estruturas morfológicas das células que se destacam do epitélio, devido a uma constante esfoliação/renovação das células. De acordo com as alterações visualizadas, sugere-se um diagnóstico. Esse exame é interessante tanto na análise inicial de lesões quanto para acompanhar regiões que já passaram por ressecções. Diversas formas para coleta dessas células são descritas na literatura, entretanto a citologia esfoliativa convencional e em base líquida são as mais empregadas.

A biópsia é um procedimento em que ocorre a remoção de um tecido vivo para análise microscópica. Lesões com etiologia desconhecida persistente por mais de 15 dias devem/podem ser analisadas por exames complementares, como citologia esfoliativa e/ou biópsia.

Existem dois tipos de biópsia: incisional, na qual se faz a remoção de uma parte da lesão para análise histopatológica, e é indicada em lesões grandes e suspeita de malignidade; e excisional, na qual se faz a remoção total da lesão, e é indicada para lesões com aspecto benigno e menores que 1 cm.



Pesquise mais

Para entender com mais profundidade a respeito da doença periodontal no paciente idoso, leia o artigo a seguir:

FIDEL JÚNIOR, R. A. S.; LOURENÇO, R. A.; FISCHER, R. G. A doença periodontal e o idoso frágil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.12, n.1, p. 92-100, 2013. Disponível em: <revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=385>. Acesso em: 19 jan. 2018.

O hemograma pode ser outro recurso utilizado pelo cirurgião dentista, principalmente antes de procedimentos cirúrgicos, com o propósito de analisar alterações, como anemia (série vermelha), infecções (série branca) e alterações plaquetárias que modulam o tampão plaquetário. Uma vez notada alguma alteração, devemos realizar o encaminhamento ao médico.

Para evitarmos complicações durante a cirurgia, nós, cirurgiões-dentistas, devemos saber solicitar e compreender os exames laboratoriais.

Vamos estudar o quadro a seguir, a respeito dos valores de referência dos exames.

Quadro 3.1 | Valores de referência do hemograma do indivíduo adulto

Série Vermelha

Eritrócitos	De 3,90 a 5 milhões por mm^3 de sangue
Hemoglobina	De 12 a 15,5 g/dL de sangue
Hematócrito	De 35 a 45 mL de eritrócitos/dL de sangue
Hemoglobina corpuscular	Média de 31 a 36 picogramas
Volume corpuscular	Média de 82 a 98 femtolitros
Caracteres morfológicos	Normais

Série Branca

Leucócitos	De 3.500 a 10.500 por mm^3 de sangue
Neutrófilos	De 1.700 a 8.000 por mm^3 de sangue
Eosinófilos	De 50 a 500 por mm^3 de sangue
Basófilos	De 0 a 100 por mm^3 de sangue
Linfócitos	De 900 a 2.900 por mm^3 de sangue
Monócitos	De 300 a 900 por mm^3 de sangue

Plaquetas

Plaquetas	De 150.000 a 450.00 por mm^3 de sangue
-----------	---

Fonte: adaptado de Boraks (2011, p. 79).



Estimado Aluno, vamos ampliar os conhecimentos sobre exames laboratoriais? Importante que você adquira mais conhecimentos sobre esse assunto, lendo o artigo a seguir.

AMARALA, O. F. Bases para Interpretação de Exames Laboratoriais na Prática Odontológica. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 16, n. 3, p. 229-237, 2014. Disponível em: <www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/459>. Acesso em: 19 jan. 2018.

Odontologia geriátrica e sua prática clínica

Agora, estudaremos um pouco de algumas doenças, mas com foco voltado para a odontologia. Começaremos pelas doenças cardíacas com alta prevalência na população idosa. É de suma importância para o nosso atendimento saber todo o histórico passado e atual do idoso sobre essa doença, por exemplo, se precisou passar por algum procedimento cirúrgico e quanto tempo faz que isso ocorreu, pois, quando necessitarmos fazer algum tipo de procedimento odontológico mais invasivo, devemos fazer um encaminhamento ao médico do idoso solicitando parecer e conduta, porque, muitas vezes, se faz necessário realizar antibioticoterapia profilática, a fim de prevenir bacteremia, além de que devemos tomar bastante cuidado com interações medicamentosas. Também, precisamos tentar atender esses pacientes no período da manhã, em atendimentos curtos e sem estresse, assim como nos preocuparmos em prevenir hemorragias.

Em relação às doenças reumáticas, na odontologia, tem sido descrito o envolvimento da articulação temporomandibular com relatos de dor, eritema e trismo. Devido à atrofia das articulações, essa doença afeta as mãos também, assim, podemos verificar dificuldade da higienização da boca.

O acidente vascular cerebral é a grande causa de limitação motora e mental dos idosos, podendo levar ao óbito. O cérebro precisa de oxigênio para viver, então, quando acontece um AVC, há uma interrupção da corrente sanguínea para uma área do cérebro, levando à morte de células e desencadeando problemas na fala, na alimentação e paralisias. O cirurgião-dentista deve avaliar a questão motora da dificuldade em realizar a higienização e verificar o fluxo salivar do paciente.

Outra doença bastante comum após os 50 anos é o Mal de Parkinson, que é caracterizada por uma degeneração, fruto da diminuição da dopamina no cérebro. É uma doença de evolução lenta e, a princípio, acomete as mãos (tremor rítmico), progredindo para a boca, podendo apresentar dificuldade na fala, olhar parado e salivação excessiva. A rigidez do corpo dificulta os movimentos e o equilíbrio, e isso é verificado na fase mais avançada da doença. As repercussões odontológicas nos indivíduos com essa doença se refletem na dificuldade motora em realizar a escovação e a utilização do fio dental, e os efeitos da medicação podem levar à xerostomia. Como já citado em outra seção, o cirurgião-dentista deve orientar sobre a utilização de escovas elétricas e porta fio dental, a fim de auxiliar o paciente e de tentar manter uma rotina com autonomia para ele, e uma vez a doença progredindo, o profissional deve conversar com o cuidador do idoso e explicar como ele deve realizar a escovação dentária, o uso do fio dental, a higienização da língua e a remoção das próteses removíveis ou totais para dormir.

O Mal de Alzheimer, também comum no idoso, afeta as células do cérebro, levando à confusão mental e à perda de memória – normalmente, as memórias mais recentes. Uma vez constatada na anamnese a dificuldade em responder às perguntas, devemos sempre conversar com o acompanhante, para que possamos colher o maior número de informações possíveis e confiáveis, mas nunca podemos excluir o paciente desse processo, sempre o trate com muito carinho.

O diabetes mellitus é um distúrbio metabólico, frequente com o envelhecimento, no qual ocorre um déficit total ou parcial da insulina. Uma vez que o paciente relatar ter diabetes, devemos questionar se ele dependente ou não de insulina. Os indivíduos com diabetes são mais acometidos por infecções, portanto, antes de realizarmos procedimentos odontológicos invasivos, devemos verificar a taxa de glicose do paciente, a qual, normalmente, varia entre 70 a 110mg/dl. Devemos ter bastante cuidado na instalação de próteses novas em indivíduos não compensados, para que não machuquem, evitando, dessa forma, necroses teciduais. O paciente diabético não compensado, frente à presença do biofilme bacteriano, tem uma resposta inflamatória exacerbada do periodonto, o que leva a um aumento da severidade da doença periodontal; nesses pacientes, também notamos xerostomia, ardência nos lábios e na língua e alteração papilar da língua.

Como cirurgião-dentista, você precisa ter esses conhecimentos, pois algumas doenças influenciam a cavidade bucal, principalmente o periodonto. Algumas medicações de uso sistêmico podem provocar hiperplasia gengival, interferindo na saúde bucal, dentre elas podemos citar os anticonvulsivantes, os imunossupressores e os bloqueadores dos canais de cálcio. Compreender que a saúde bucal interfere na saúde geral dos pacientes, e vice-versa, é imprescindível para um correto diagnóstico e planejamento, desta forma, tratar o idoso requer amplo estudo e multidisciplinaridade.

Devemos conversar com os nossos pacientes sobre o cuidado da automedicação, a fim de evitar efeitos colaterais. Muitas vezes, eles não sabem que alguns remédios podem refletir negativamente na cavidade bucal, levando a hiperplasias gengivais, hipossalivação e hipersalivação.

Para medicarmos uma pessoa idosa, devemos verificar a anamnese, para observarmos se existe alguma alteração sistêmica e/ou comprometimento de algum órgão, para que façamos a prescrição de um medicamento que não sobrecarregará o órgão afetado pela excreção do medicamento. Portanto, o conhecimento das doenças mais prevalentes no idoso, dos efeitos e das possíveis interações com medicamentos se faz fundamental para o odontólogo prestar um bom e eficaz tratamento.

Como sabemos, a odontogeriatria, que cuida dos pacientes idosos, é uma área relativamente nova, mas de extrema importância. Os odontogeriatras precisam ter conhecimento sobre os aspectos biopsicossociais desses pacientes e, por meio de estratégias preventivas, devem promover a saúde, visando melhorar a qualidade de vida deles.

Caro aluno, tudo o que foi abordando nesta seção é muito importante para seu desenvolvimento pessoal e profissional, mas não pare por aqui, busque mais informações, debata com seus colegas e professores, assim, certamente, você será um profissional diferenciado no mercado de trabalho.

Sem medo de errar

Agora que você já aprendeu mais sobre os idosos, ajude Maria e Francisco no atendimento a Joana, respondendo às seguintes perguntas: como deve ser a abordagem e conduta dos alunos frente às respostas confusas durante a anamnese da paciente?

Durante o primeiro atendimento da paciente, no momento da anamnese, caso seja notado que ela apresenta dificuldade em responder às perguntas, seja por esquecimento ou até mesmo por dificuldade na fala, devemos chamar o acompanhante, pedindo a sua ajuda quando necessário, porém devemos ter bastante cuidado em não excluir o idoso neste momento, principalmente se o motivo for pressa durante o atendimento, pois, conforme já estudamos, a consulta de um idoso é mais longa e demorada quando comparada a pacientes jovens.

O que você poderia explicar sobre a doença de Mal de Parkinson? A respeito da doença de Mal de Parkinson, é sabido que, na fase inicial, acarreta tremores nas mãos, e no estágio avançado, pode acometer a boca e levar a uma rigidez do corpo todo, trazendo a este paciente uma dificuldade de locomoção e falta de equilíbrio, predispondo-o a quedas. Os tremores das mãos e a rigidez do corpo resultam em uma dificuldade em realizar sua higiene bucal, portanto os familiares ou o cuidador devem estar cientes das condições e ajudar na higienização.

Quais orientações você daria sobre higienização das próteses parciais removíveis para a Sra. Joana? Sobre a higienização das próteses parciais removíveis, devemos explicar que a paciente deve removê-las da boca ao fazer a escovação dos dentes e, com uma escova específica para prótese, deve realizar a higienização delas. Devemos orientar também sobre a importância de não dormir utilizando a prótese, a fim de aliviar as mucosas e prevenir o aparecimento de lesões, como de candidíase.

Faça valer a pena

1. Na consulta do paciente idoso, devemos buscar um atendimento diferenciado tanto na estrutura física do consultório quanto na postura do profissional e da sua equipe. Devemos conversar com o paciente mantendo o contato _____, com uma fala _____. O consultório deve ter uma adequação arquitetônica, propiciando _____ ao paciente.

Leia com atenção a afirmativa acima e assinale a alternativa que completa as lacunas corretamente.

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a) de corpo; baixa; decoração. | d) visual; alta; acessibilidade. |
| b) de corpo; alta; decoração. | e) visual; clara; acessibilidade. |
| c) visual; baixa; acessibilidade. | |

2. Baseados no nosso aprendizado da seção, verificamos que existem medicamentos usados pelos pacientes que podem induzir a uma resposta gengival exacerbada frente à presença do biofilme bacteriano.

Sobre os medicamentos que podem induzir uma resposta gengival exacerbada, assinale a alternativa correta.

- a) Antibiótico e anticonvulsivante.
- b) Anti-inflamatório e analgésico.
- c) Anticonvulsivante e bloqueadores dos canais de cálcio.
- d) Antibiótico e bloqueadores dos canais de cálcio.
- e) Analgésico e imunossupressor.

3. As doenças crônicas que mais acometem a população idosa são as cardiopulmonares (acidente vascular cerebral, pressão alta, infarto e insuficiência cardíaca), problemas degenerativos (Alzheimer e osteoporose/ artrose) problemas renais, doenças pulmonares (gripe, bronquite, pneumonia e enfisema), câncer, distúrbios psicológicos, diabetes mellitus, entre outras. Cerca de 85% da população idosa possuem uma doença crônica e 10% possuem, ao menos, cinco dessas enfermidades citadas anteriormente.

Em relação às doenças sistêmicas que podem afetar a população idosa, assinale a alternativa correta.

- a) É importante sabermos o histórico de problemas cardíacos dos pacientes idosos, pois, muitas vezes, antes de procedimentos odontológicos invasivos, devemos indicar a prescrição de antibioticoterapia profilática.
- b) Sobre pacientes com problemas reumáticos, a literatura vem mostrando que não existe nenhum tipo de comprometimento na face do paciente.
- c) O diabetes mellitus, apesar de ser uma doença que causa alguns envolvimento sistêmicos, na boca, notamos que ela altera apenas a estrutura dentária.
- d) Com o passar dos anos, o envelhecimento vai levando a complicações múltiplas e acometendo esses indivíduos com doenças graves e morte rápida.
- e) A doença de Mal de Parkinson causa nos pacientes uma perda de memória recente e lembrança frequente do passado.

Seção 3.3

Odontologia geriátrica: medicamentos e nutrição do idoso; métodos de comunicação com o idoso e seu cuidador

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, aprenderemos a importância da nutrição dos idosos com considerações voltadas ao atendimento do cirurgião-dentista, bem como ampliaremos o nosso conhecimento sobre as particularidades de medicações nesta população, visando a um atendimento e à comunicação efetiva com o idoso e seu cuidador. Esse aprendizado dará suporte para ajudar os alunos Maria e Francisco e entenderem o caso da Sra. Joana, 80 anos, que compareceu à clínica de odontologia para atendimento. A paciente demonstrou certa dificuldade em responder a algumas perguntas da anamnese e relatou ter o diagnóstico de Mal de Parkinson. Ao exame clínico, verificou-se mobilidade dentária, raízes residuais e prótese parcial removível mal adaptada.

Baseado no diagnóstico de Mal de Parkinson, quais perguntas você elencaria em relação à nutrição e às medicações? Quais orientações você passaria para a Sra. Joana a respeito da alimentação x sua condição bucal?

Para que você consiga ajudar os alunos a responderem aos questionamentos elencados, serão apresentados, de forma contextualizada, na seção “Não pode faltar”, os conteúdos sobre os aspectos da nutrição e medicação na população idosa.

Não pode faltar

Medicamentos do idoso

Caro aluno, compreender sobre a farmacologia se faz necessário, pois cada pessoa responde de uma forma frente a um determinado fármaco. Portanto, como já explicado anteriormente, a avaliação global do nosso paciente é fundamental, o cirurgião-dentista deve conhecer sobre todo o histórico de doenças e

medicamentos utilizados para estabelecer o melhor plano de tratamento odontológico.

A prescrição medicamentosa no idoso deve ser bem mais criteriosa, devido à possibilidade de reações adversas que são comuns e, muitas vezes, severas, necessitando de internações. O maior risco de reações adversas a medicamentos se dá devido a mudanças fisiológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento. Dentre as reações, podemos citar: redução da atividade metabólica hepática (que modifica a biodiversidade da medicação), redução do fluxo sanguíneo hepático (que pode modificar o metabolismo das medicações), diminuição do fluxo sanguíneo renal (que pode alterar a eliminação do medicamento), diminuição da albumina plasmática (que prejudica a distribuição do medicamento) e outras modificações que ocorrem no idoso e que podem interferir na qualidade de vida e no tratamento dele.

Dentre os fatores farmacológicos, a distribuição e a metabolização são os mais prejudicados pelo envelhecimento do organismo. O idoso apresenta uma menor quantidade de água no corpo, que leva a um menor volume de distribuição, com isso a biodisponibilidade de medicamentos hidrossolúveis pode estar aumentada. Já o fluxo sanguíneo hepático costuma ser menor, levando a uma diminuição do metabolismo de primeira passagem dos fármacos. Remédios lipossolúveis, como o Diazepam, podem acarretar um aumento no volume de distribuição no idoso, se este tiver maior quantidade de tecido adiposo.

A ação de um medicamento pode ser dividida em três etapas:

Fase farmacêutica: ocorre a desintegração do fármaco/ medicamento (como comprimidos) e a dissolução do princípio ativo.

Fase farmacocinética: ocorre absorção, distribuição, metabolização e excreção.

Fase farmacodinâmica: ocorre a interação do princípio ativo do medicamento com um alvo terapêutico e a consequente produção do efeito farmacológico.

Um ponto importante para observamos na prescrição medicamentosa ao idoso que relata possuir xerostomia e, com isso, dificuldade em engolir é observar as diversas formas de apresentação do medicamento, como comprimido, drágeas e cápsulas, e indicar a forma que for mais adequada para esse paciente.

Os comprimidos têm aspecto compacto, pois associam o princípio ativo com outras substâncias; já as drágeas são parecidas com os comprimidos, mas possuem uma película externa; e as cápsulas possuem um material gelatinoso que protege o conteúdo de dentro e, por essa razão, facilita a deglutição.

Outro fator relevante é ponderar o risco *versus* o benefício do medicamento que gostaríamos de prescrever ao paciente, pois, muitas vezes, os malefícios desencadeados podem ser maiores do que o ganho que o medicamento traria naquela situação. A interação medicamentosa pode ser definida como modificações nos efeitos de um medicamento, em virtude do uso conjunto de outro medicamento ou nutriente. Ela ocorre com frequência, e pode ser grave ou até mesmo fatal.

Vamos, então, estudar algumas medicações que devemos ter cuidado na prescrição.

O uso contínuo de *antidepressivos* tem sido amplamente visto no mundo todo, e são frequentemente utilizados pelos idosos, os quais, por sua vez, são sensíveis aos efeitos adversos dessas drogas. Interações medicamentosas associadas a antidepressivos são muito comuns, principalmente relacionadas a doenças degenerativas e demência.

Os anticoagulantes são amplamente utilizados pela população idosa para o controle da coagulação do sangue, prevenindo problemas de sangramentos e formação de trombos. Essa medicação, normalmente, é usada por longo período, por isso devemos alertar os pacientes da possibilidade de interações com outros medicamentos, que podem aumentar ou diminuir o efeito do anticoagulante, por exemplo, antiácidos, antibióticos e, principalmente, aspirinas (anti-inflamatório não esteroideal), aumentando a chance de sangramento.

Os anticoagulantes e as sulfamidas antidiabéticas se potencializam mutuamente, necessitando de quantidades menores de ambas as drogas quando juntas. Vitaminas, como a vitamina K, potencializam o efeito do anticoagulante e, por esse motivo, devem ser evitadas.

Os anestésicos locais, na odontologia, são, basicamente, representados pela prilocaína, lidocaína, articaína, bupivacaína e mepivacaína, que são biotransformados no fígado, exceto a articaína

e a prilocaína. Portanto, a função/perfusão do fígado interfere na rapidez da biotransformação do anestésico, determinando uma toxicidade maior na população idosa.

Os anestésicos locais são excretados pelos rins, assim, um rim debilitado faz com que a pessoa tenha maior propensão à toxicidade. As doses dos anestésicos locais são indicadas em miligramas de sal anestésico por quilograma de peso corporal (mg/kg).

Segundo Souza, Ramacciato e Motta (2011), a mepivacaína é o anestésico mais indicado para os idosos, seguido pela lidocaína, pela prilocaína ou articaína e, por último, a bupivacaína.



Pesquise mais

Para entender com mais profundidade a respeito de anestésicos locais na odontologia voltada para o idoso, leia o artigo a seguir:

SOUZA, L. M. A.; RAMACCIATO, J. C.; MOTTA, R. H. L. Uso de anestésicos locais em pacientes idosos. **RGO** – Rev. Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v. 59, suplemento 0, p. 25-30, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59s1/a04v59s1.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

Uma das reações adversas dos medicamentos (antidepressivos, controladores de apetite, quimioterapia, etc.) na cavidade oral, que causa bastante desconforto, é a xerostomia, pois a sensação de boca seca dificulta a permanência da prótese na boca, dificultando a mastigação através da alteração da formação e do umedecimento do bolo alimentar. Essa diminuição salivar aumenta o aparecimento de cáries de raiz e lesões na mucosa abaixo dos braços metálicos das próteses removíveis.

Portanto, a indicação indevida de medicamentos a idosos configura-se em um problema de saúde pública, devido às reações adversas aos medicamentos, as quais, por sua vez, reflete em alto índice de morbidade.

Nutrição do idoso

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, faz-se necessário que todos nós, profissionais da saúde, fiquemos atentos às variações biológicas, fisiológicas e psicológicas que

ocorrem na população idosa, a fim de buscar uma qualidade no envelhecimento através de um estilo de vida melhor, com saúde bucal, exercício físico e dieta saudável.

Uma alimentação saudável durante toda a vida influencia na qualidade de vida e repercute positivamente na velhice. Alimentação deficiente leva a uma condição nutricional ineficiente, que aumenta os problemas de saúde. O estado nutricional pode ser influenciado por fatores, como: condição socioeconômica, medicamentos, condição bucal, problemas mentais e fatores de saúde geral.

Doenças degenerativas que acometem os idosos e que envolvem o comprometimento motor, com perda da autonomia, têm sido correlacionadas à desnutrição, bem como algumas outras doenças, como diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade, hipertensão e dislipidemias, as quais têm sido o foco dos nutricionistas na prevenção para os idosos.

Existem algumas mudanças fisiológicas que interferem no hábito alimentar dos idosos, dentre elas, podemos citar o comprometimento bucal através da doença periodontal até a perda dentária, a diminuição do metabolismo, a redução do paladar para gosto primário e o uso de diversos medicamentos decorrente de doenças crônicas.

Como sabemos, a digestão inicia-se pela boca, portanto, a eficácia da mastigação depende dos arcos dentários, isto é, da quantidade de dentes e da oclusão deles, bem como de saliva. Dependendo do alimento e da sua dureza, existe uma quantidade ideal de mastigações.

A perda dentária nos países em desenvolvimento tem sido associada a questões financeiras, ao baixo nível educacional e ao hábito do fumo. A perda dos dentes ao longo do tempo se reflete na diminuição da capacidade mastigatória, assim, um idoso com poucos dentes terá dificuldades para triturar os alimentos, engolindo-os em pedaços maiores, o que dificultará na correta absorção dos nutrientes.

Outro fator que traz desconforto e dor são as próteses mal ajustadas, que levam a lesões na mucosa durante a mastigação, fazendo com que o idoso remova a prótese para se alimentar e buscando alimentos mais macios ou pastosos, para tornar mais confortável sua mastigação, mas colocando em risco a qualidade

dessa alimentação, pois, muitas vezes, ocorre a substituição por alimentos ricos em carboidratos e açúcares. A eficiência mastigatória de uma pessoa com todos os dentes é em torno de 100%, enquanto que de uma pessoa com prótese apresenta uma eficiência bastante reduzida devido a fatores sensoriais e mecânicos.

É comum verificarmos grande presença de biofilme bacteriano nos pacientes idosos, isso é decorrente, principalmente, da redução na capacidade física/manual em escovar os dentes e utilizar o fio dental, diminuição da percepção sensorial, cognitiva e falta de motivação.

O comprometimento da cavidade oral tem uma relação direta com a alimentação nesses indivíduos, pois, quando o idoso apresenta doença periodontal avançada, com mobilidade dentária, ele encontra dificuldade em mastigar, porque os dentes amolecidos desencadeiam dor durante a mastigação, e é comum o sangramento gengival, causando uma alteração no paladar.

A salivação no idoso, normalmente, apresenta-se mais baixa devido ao uso de diversas medicações. Sabemos que a saliva auxilia na formação do bolo alimentar e neutraliza o metabolismo dos ácidos através da sua capacidade tampão. Uma vez que o paciente relata sentir a boca seca com frequência, devemos já suspeitar da ocorrência de lesões cariosas e da presença de doença periodontal e, então, o paciente deve ser orientado e, se necessário, encaminhado para especialistas. Neste caso, o uso de saliva artificial pode ajudar. Em uma alimentação rica em açúcar, o risco de desenvolvimento de lesões cariosas aumenta, portanto devemos orientar nossos pacientes em relação ao consumo controlado do açúcar e, mais uma vez, falar da higiene oral.



Exemplificando

A população idosa apresenta tendência à secura da cavidade oral também em processos inflamatórios, que podem estar associados à atrofia das glândulas salivares e até da mucosa oral. Para um bom diagnóstico, muitas vezes, é necessário solicitar exames, como a sialografia (para glândulas salivares), estudos hematológicos, entre outros.

Nas ausências dentárias, a capacidade mastigatória deve ser restabelecida através de tratamento reabilitador, protético e/ou implante, para devolver ao paciente sua capacidade mastigatória, deglutição, fonação e estética, dessa forma, melhorando a qualidade de vida dele.

A população idosa também pode ter seu paladar e olfato alterados. As papilas gustativas podem ter seu número diminuído, alterando, dessa forma, a sensibilidade para os sabores doce, ácido, salgado e amargo, assim, a alimentação se torna menos atrativa, podendo prejudicar o estado nutricional dos idosos.

A respeito das alterações metabólicas gastrointestinais, estas acontecem pela mudança da função e estrutura do estômago, com uma diminuição da motilidade gástrica e redução do suco e de enzimas gástricas, podendo levar à constipação intestinal e diverticulite, principalmente nos idosos com alimentação pobre em fibras. Todo esse processo de alterações resulta em um déficit de absorção de nutrientes, alterando, conseqüentemente, a condição geral de saúde.

Outro problema que os idosos podem enfrentar está relacionado à diminuição da função renal, pois ocorre uma sobrecarga no mecanismo de eliminação das proteínas. Esse problema é importante e deve ser cuidadosamente avaliado quando se fizer a prescrição de medicamentos.

Então, como já explicado, o estado nutricional do idoso está relacionado ao seu estado geral de saúde, e alterações bucais, bem como alterações no processo digestivo, metabólicos, entre outros, podem deixar o idoso debilitado.

Existem avaliações nutricionais para identificar as necessidades do idoso: antropométrica, bioquímica e inquérito alimentar. Essas avaliações são realizadas pelo nutricionista ou médico. O cirurgião-dentista também deve fazer uma avaliação da dieta do paciente, a fim de orientá-lo, baseado nas características bucais individuais de cada paciente, pois, na presença de próteses totais e/ou parciais, certos alimentos devem ser evitados, pois ele terá dificuldades na mastigação e pode até ter danos nas mucosas adjacentes.

Outro questionamento importante é em relação ao consumo diário de água do idoso, que deve ser, no mínimo, de 30 ml por kg, pois, desta forma, diminuímos a ocorrência de desidratação,

que pode levar ao aumento da temperatura corporal, à secura das mucosas, à redução da urina, à presença de constipações e à hipertensão arterial.

A alimentação mundial vem sofrendo um processo de substituição dos alimentos saudáveis (cereais, legumes, vegetais, frutas e fibras) por uma dieta rica em gordura saturada e processada com baixo valor nutricional, aumentando, com isso, a prevalência de doenças cardiovasculares na população adulta, portanto cabe aos profissionais orientarem os idosos e seus familiares sobre uma alimentação adequada.



Refleta

A doença de Mal de Alzheimer está cada vez mais presente nos lares devido ao aumento da longevidade das pessoas. Qual seria sua conduta no atendimento a um paciente com diagnóstico de Alzheimer? Leia o artigo a seguir para auxiliá-lo a refletir sobre o questionamento.

MIRANDA, A. F. et al. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 103-107, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/14098/1/ARTIGO_DoencaAlzheimerCaracteristicas.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

Comunicação com o idoso e com seu cuidador

Conforme envelhecemos, a necessidade de atenção permanente se faz necessária, e os cuidados com a boca se incluem nesta abordagem, pois existe uma tendência na deficiência da higiene bucal e, com isso, um aumento de doenças nessa região, devido ao declínio da parte motora, ao comprometimento da audição e visão, à baixa estima e à menor habilidade cognitiva no idoso.

Algumas características devem ser observadas durante o atendimento ao idoso. Em relação a alterações visuais, devemos observar se o nosso paciente usa óculos, sempre buscarmos contato olho a olho e, caso necessitarmos escrever algo, fazer com letra legível e com letras grandes.

Alterações auditivas são frequentes nos idosos, portanto devemos observar se o paciente faz uso de algum aparelho auditivo, falar pausadamente e claro, usar frases curtas, falar um pouco mais

alto que o normal, mas sem gritar, e aguardar a resposta do idoso, pois isso transmite confiança e mostra que você dá importância ao que ele está dizendo. Caso o idoso não entenda o que você disse, repita de outra forma. Não fale usando a máscara e tente diminuir o máximo possível o barulho no consultório.

As implicações cognitivas no idoso são variáveis, mas é fato que eles necessitam de um tempo maior para aprender algo e, normalmente, há necessidade de repetir para completa assimilação.

Portanto, o paciente idoso terá um pouco de dificuldade em compreender as explicações sobre o tratamento, e você, profissional, muitas vezes, terá dificuldade em compreender esse paciente. O mais importante é ter paciência e ser amável e ter cuidado com a expressão facial e a postura corporal, para que não pareçam ameaçadoras. Se necessário, para melhor compreensão por parte do paciente, você pode fazer uma mímica que corresponda ao que você disse.

Lembre-se de que, quando o idoso ainda é capaz de realizar a sua própria higiene bucal e possui autonomia para executar seus afazeres diários, a família ou o cuidador devem somente acompanhar, mas, quando isso não é mais possível, se faz necessária a presença deles.

O **cuidador** é a pessoa responsável diretamente pelos cuidados do idoso, nas suas atividades diárias (medicações, higiene pessoal, alimentação e acompanhamento ao médico). Logo, a presença de um cuidador, com conhecimento da importância do cuidado com a saúde bucal, é fundamental para a higiene diária e com qualidade.

O cirurgião-dentista deve conversar com o cuidador e explicar a importância da saúde bucal, orientando-o sobre a alimentação, pois deve-se estabelecer horários fixos para se alimentar e, após finalizada a alimentação, realizar a higienização dos dentes, através do fio dental e da escovação dentária. Caso o paciente faça uso de próteses removíveis, elas devem ser removidas durante a escovação e, com uma escova própria, deve ser realizada a higienização. Lembre-o de que a língua também deve ser higienizada, pois a saburra lingual é a maior causadora de mau hálito.

É importante relatar sobre a importância do controle de ingestão do açúcar para evitar o aparecimento de cáries. Informar, caso o paciente seja desdentado total, que deve ser realizada a remoção do biofilme bucal no rebordo gengival, mucosa jugal e escovação da

língua. O paciente não deve dormir com a prótese na boca, a fim de aliviar a mucosa e não ocorrer a proliferação de bactérias, fungos, etc.

O grande desafio na atenção da população idosa é melhorar sua condição, redescobrando e reinventando sua vida com uma maior qualidade, e para que isso aconteça, tanto a sociedade quanto a família devem valorizar a importância do idoso no nosso país.

A pessoa idosa busca qualidade de vida e assistência à saúde, além de acolhimento em uma equipe que o atenderá em um ambiente físico adequado à sua condição e com uma comunicação e escuta diferenciadas, para se obter um tratamento com resolubilidade e que ela se sinta parte deste processo.



Assimile

O envelhecer vem trazendo mudanças funcionais, cognitivas, diminuição da visão, da audição, entre outras alterações que vão fragilizando o indivíduo e levando a limitações nas atividades rotineiras. Uma vez que o idoso não consegue realizar as atividades comuns, como se alimentar, tomar banho e caminhar, há a necessidade de ser auxiliado por um cuidador. O ideal é que este cuidador tenha formação específica para tal, mas, na realidade, sabemos que o cuidador, normalmente, é um parente que mora com o idoso. Esse tipo de situação reflete diretamente na qualidade de vida do idoso, pois cuidar bem do outro requer conhecimento técnico, e não apenas carinho e amor. Portanto, diante desta realidade, é fundamental, durante a anamnese conseguirmos verificar qual o grau de parentesco do cuidador e o idoso, se ele possui algum curso para este serviço, pois desta forma traçaremos o perfil deste cuidador, a fim de, ao final da nossa avaliação clínica, fazer toda uma orientação detalhada sobre como manter a saúde bucal do idoso.

Sem medo de errar

Agora que você já aprendeu mais sobre os idosos, ajude Maria e Francisco no atendimento à Sra. Joana, respondendo às seguintes perguntas:

Baseado no diagnóstico de Mal de Parkinson, quais perguntas você elencaria em relação à nutrição e às medicações?

Sobre a alimentação, importante pedir para a Sra. Joana, com o auxílio de sua cuidadora, relatar o que ela come durante um dia inteiro (diário alimentar), para que se possa avaliar a quantidade de consumo de açúcar, de ingestão de água, de tipos de alimentos (mais pastosos, frutas, carne, etc.), a fim de verificar se ela tem predileção por um tipo de alimento devido a alguma limitação mastigatória. Sobre o histórico de medicamentos, é importante verificar se algum remédio que a Sra. Joana utiliza predispõe a alterações de fluxo salivar, para, então, orientar na questão de aumento do consumo diário de água ou até mesmo indicação de saliva artificial.

Quais orientações você passaria a Sra. Joana a respeito da alimentação versus sua condição bucal?

Importante explicar que, uma vez realizado todo o tratamento odontológico indicado para restabelecer a saúde bucal, com a remoção das raízes residuais, tratamento periodontal adequado e confecção de novas próteses removíveis, ela conseguirá melhorar a qualidade da sua alimentação, uma vez que não mais sentirá os dentes moles, sangrantes e com a prótese machucando. Entretanto, será fundamental que ela, com o auxílio da cuidadora, mantenha a saúde bucal através da higienização adequada e com retornos periódicos junto ao cirurgião-dentista.

Faça valer a pena

1. O cuidador é a pessoa responsável diretamente pelos cuidados do idoso nas suas atividades _____ (medicações, _____, alimentação e acompanhamento ao médico). Portanto, a presença de um cuidador com conhecimento da importância do cuidado da _____ é de fundamental importância para um cuidado diário e com qualidade.

Leia com atenção a afirmativa acima e assinale a alternativa que completa as lacunas corretamente.

- a) semanais; escovação dentária; saúde bucal.
- b) quinzenais; higiene pessoal; saúde.
- c) diárias; higiene pessoal; saúde bucal.
- d) semanais; sonoterapia; saúde.
- e) diárias; escovação dentária; saúde.

2. Uma alimentação saudável influencia na qualidade de vida e repercute positivamente na velhice. Alimentação deficiente leva a uma condição nutricional ineficiente, que aumenta os problemas de saúde. O estado nutricional pode ser influenciado por vários fatores.

Após a análise do texto sobre nutrição, assinale a alternativa correta.

- a) O estado nutricional é influenciado apenas pela condição bucal e pelo status socioeconômico.
- b) Os medicamentos não possuem nenhuma interferência na condição bucal e nutricional.
- c) Doenças degenerativas que acometem os idosos e que envolvem o comprometimento motor com perda da autonomia têm sido correlacionadas com a desnutrição.
- d) Com a perda de dentes, não ocorre declínio da função mastigatória.
- e) A alteração do olfato e da gustação no idoso não afeta a alimentação do idoso.

3. A prescrição de medicamentos para o idoso deve ser bem mais criteriosa devido à possibilidade de reações adversas, as quais são comuns e, muitas vezes, severas, necessitando de internações. O maior risco de reações adversas a medicamentos se dá devido a mudanças fisiológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento.

Sobre os medicamentos no idoso, assinale a alternativa correta.

- a) Dentre os fatores farmacológicos, a distribuição e a metabolização são os mais prejudicados pelo envelhecimento do organismo.
- b) O idoso apresenta uma maior quantidade de água no corpo, o que leva a um menor volume de distribuição e, com isso, a biodisponibilidade de remédios hidrossolúveis pode estar aumentada.
- c) As formas de apresentação farmacêuticas, como comprimido, drágeas e cápsulas, não se diferem na ingestão para o idoso.
- d) Nenhum alimento possui a capacidade de potencializar o efeito do anticoagulante.
- e) O idoso possui facilidade a reações e interações medicamentosas, porém os anestésicos locais podem ser utilizados sem preocupação de composição e quantidade.

Referências

AMARAL, O. F. Bases para Interpretação de Exames Laboratoriais na Prática Odontológica. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 16, n. 3, p. 229-237, 2014. Disponível em: <www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/459>. Acesso em: 19 jan. 2018.

BORAKS, S. **Medicina Bucal**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2011. 591p.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Ministério da Justiça; Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. **Cartilha do Idoso**. Um guia para viver mais e melhor. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Idoso. 2016. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2018.

BRUNETTI-MONTENEGRO, F. L.; MARCHINI, L. **Odontogeriatría**: uma visão gerontológica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 360p.

CALDAS JR., A. F.; MACHIAVELLI, J. L. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 232p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2655/acpd_vol2.pdf?...1>. Acesso em: 29 jan. 2018.

CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatría**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004.

COSTA, C. R. R. Envelhecimento: influências no atendimento odontológico. **Semana Acadêmica**: Revista Científica, Fortaleza, v. 1, n. 22, p. 1-11, 2012. Disponível em: <<http://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

DEFENSORIA PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL. **Direitos da pessoa idosa**. 2016. Disponível em: <http://www.defensoria.ms.def.br/images/conteudo/outros/2016_Direitos_Pessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

FIDEL JÚNIOR, R. A. S.; LOURENÇO, R. A.; FISCHER, R. G. A doença periodontal e o idoso frágil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 12, n. 1, p. 92-100, 2013. Disponível em: <revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=385>. Acesso em: 19 jan. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis por domicílios no Brasil**. 2000. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv929.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2015. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

LUSTOSA, M. A. Atendimento ao paciente idoso. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200003>. Acesso em: 18 jan. 2018.

MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. 399p.

MELLO, H. S. A. **Odontogeriatría**. São Paulo: Editora Santos, 2005. 227p.

MIRANDA, A. F. et al. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. **RGO**, v. 58, n. 1, p. 103-107, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/14098/1/ARTIGO_DoencaAlzheimerCaracteristicas.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

MOTA, M. P.; FIGUEIREDO, P. A.; DUARTE, J. A. Teorias biológicas do envelhecimento. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 4, n. 1, p. 81-110, 2004. Disponível em: <http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/vol.4_nr.1/Paula_Mota.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

ONUBR. Organizações Nações Unidas no Brasil. **Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global'**. 2014. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

SANTOS, V. et al. The dependent elderly and his family. **Journal of Aging**, v. 1, n. 6, p. 5-10, 2012.

SILVA, E. M. M. et al. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**, v. 2 n. 1, p. 62-74, 2005. Disponível em: <www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_revisao24.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

SOUZA, L. M. A.; RAMACCIATO, J. C.; MOTTA, R. H. L. Uso de anestésicos locais em pacientes idosos. **RGO**, v. 59, suplemento 0, p. 25-30, 2011. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59s1/a04v59s1.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

Fundamentos para atenção ao idoso e ao paciente especial

Convite ao estudo

Caro aluno, na Unidade 4 desta disciplina, você estudará as alterações bucais decorrentes do processo de envelhecimento humano, com suas repercussões nas condições bioossomáticas e sistêmicas na saúde do sistema estomatognático, bem como suas interferências na conduta clínica. O envelhecimento constitui um processo fisiológico que se caracteriza pelas mudanças orgânicas, em que ocorre uma diminuição das faculdades psicológicas, comportamentais e físicas. Todas as funções vitais, com a idade, passam por um processo de degeneração, apresentando desordens de menor a maior gravidade. O atendimento por uma equipe multiprofissional determina uma atenção diferenciada, tendo o cirurgião-dentista um papel importante na equipe de trabalho em relação à saúde bucal do idoso, porém, para assistir este adequadamente, o profissional precisa estar capacitado.

Para auxiliar o estudo e o entendimento das situações do dia a dia na clínica odontológica da universidade, vamos acompanhar os alunos do oitavo semestre de Odontologia, Alice e Lucas, no atendimento dos pacientes. Vamos começar pelo paciente Erasmo (70 anos), que compareceu na clínica para consulta odontológica acompanhado de sua cuidadora. Durante o atendimento, a cuidadora relatou que o Sr. Erasmo foi diagnosticado com Doença de Alzheimer recentemente. Durante a anamnese, o paciente relatou com facilidade todo o seu histórico passado de doenças, internações e tratamentos sofridos que fez, inclusive, relatou ser diabético e falou sobre um tratamento de câncer na garganta há 10 anos. Ao exame clínico bucal, foi diagnosticada a presença de lesões cariosas

radiculares nos elementos 37, 46 e 47; raiz residual do dente 35 e 36; dentes com mobilidade devido à doença periodontal avançada; presença de prótese total superior; e lesões avermelhadas no palato. O paciente relatou que a prótese foi confeccionada há 15 anos e se encontrava frouxa na boca. Alice e Lucas conversaram longamente com a cuidadora, a qual relatou que o Sr. Erasmo tinha alguns momentos difíceis durante o dia, com lapsos de memória, e que em outros momentos estava tudo bem, recordando de tudo e todos. Diante do exposto, ajude os alunos a pensarem na melhor estratégia para iniciar o tratamento do Sr. Erasmo.

Quais alterações bucais são mais frequentes durante o processo de envelhecimento humano? Quais são as repercussões das condições biofisiológicas e sistêmicas na saúde? Quais são as possíveis interferências na conduta clínica?

Na Seção 4.1, abordaremos as principais alterações bucais decorrentes do envelhecimento: alterações da face, das glândulas salivares, mucosa bucal, língua, ossos maxilares, periodonto, dentes e algumas doenças que ocorrem na boca do indivíduo idoso; e compreenderemos a repercussão das condições biofisiológicas e sistêmicas na saúde e suas interferências na conduta clínica. Na Seção 4.2, estudaremos sobre a abordagem e o manejo do paciente idoso e seus aspectos psicológicos interferentes no tratamento odontológico. E na Seção 4.3, abordaremos as medidas preventivas e o autocuidado no idoso e as terapias de suporte e preservação.

Em cada seção, você ajudará os alunos Alice e Lucas a resolverem os desafios vivenciados diante das situações e dos problemas apresentados pelo paciente.

Seção 4.1

Alterações bucais decorrentes do processo de envelhecimento humano: repercussões das condições biossomáticas e sistêmicas na saúde do sistema estomatognático; interferências na condição clínica

Diálogo aberto

Caro aluno, nesta seção, aprenderemos sobre as alterações bucais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e suas repercussões nas condições biossomáticas e sistêmicas na saúde que podem interferir durante a nossa conduta clínica no consultório odontológico.

Esse aprendizado dará suporte para entender e ajudar os alunos Alice e Lucas. Lembre-se de que o Sr. Erasmo, 70 anos, compareceu à clínica de odontologia para atendimento. Durante a anamnese, a cuidadora informou que o paciente possui Alzheimer e é diabético insulino dependente. Ao exame clínico, verificou-se doença periodontal avançada com mobilidade dentária, raízes residuais, lesões cáries radiculares e prótese total antiga e frouxa na boca e com lesões avermelhadas no palato.

Baseado no diagnóstico da Doença de Alzheimer, qual é a sua conduta clínica para o tratamento odontológico deste paciente? Quais cuidados os alunos deverão ter durante o tratamento, devido ao Sr. Erasmo ser diabético? Como você explicaria sobre as alterações no palato observadas neste paciente?

Para que você consiga ajudar os alunos a responderem aos questionamentos elencados, serão apresentados, de forma contextualizada, no item “Não pode faltar”, os conteúdos sobre os aspectos das repercussões biossomáticas e sistêmicas na saúde que podem interferir na conduta clínica odontológica.

Todas essas informações são muito importantes para o seu desenvolvimento profissional. Você ficará fascinado pelo assunto. Bons estudos!

Não pode faltar

Doenças específicas bucais relacionadas à velhice não existem, mas algumas alterações sofridas no organismo devido ao processo do envelhecimento afetam a cavidade bucal de forma negativa, prejudicando a saúde geral do indivíduo.

Sabemos que a saúde da cavidade oral não se dissocia da saúde como um todo; fatores gerais intrínsecos do indivíduo e do ambiente podem afetar o sistema estomatognático, e vice-versa, assim, conhecer essas interações se torna imprescindível para o correto diagnóstico das prioridades e necessidades do idoso, e também para o melhor delineamento do plano de ação/tratamento.

O sistema estomatognático é formado por estruturas ósseas, dentes, músculos, glândulas salivares, entre outros, os quais estão envolvidos, por exemplo, no processo mastigatório. Durante o processo natural de envelhecimento, esse sistema também é afetado, e pode resultar em consequências tanto nas áreas psíquicas como funcionais, sociais e da saúde em geral.

Conhecer as estruturas anatômicas e os padrões de normalidade do sistema estomatognático é importante para diferenciar as alterações e as patologias que podem ocorrer durante o processo de envelhecimento humano.

De forma geral, o envelhecimento pode provocar mudanças significativas no sistema estomatognático, como a redução do tônus muscular, desgastes e abrasões dentárias, alterações na ATM (articulação temporomandibular), dificuldade mastigatória, deglutição, entre outras alterações.



Refleta

Sobre a articulação temporomandibular (ATM), você sabe dizer quais são as estruturas que a compõem? Quais estruturas podem ser prejudicadas com o envelhecimento?

Se a mastigação for comprometida por alterações anatômicas, poderão ocorrer distúrbios temporomandibulares, os quais podem interferir na nutrição dos idosos, dessa forma, deixando-os sistemicamente mais vulneráveis. O processo de envelhecimento

pode levar a alterações na deglutição. A perda de dentes ou próteses mal adaptadas estão relacionadas às alterações das funções mastigatória e da própria deglutição.

Portanto, para conhecer e compreender as alterações na região oral, faz-se importante a realização de uma anamnese minuciosa, na qual se deve verificar as condições sistêmicas do indivíduo, perguntar a respeito dos medicamentos que ele utiliza, com qual frequência vai ao médico, quando foi o último exame de sangue realizado, entre outros detalhes, pois, desta forma, já se tem uma previsão de algumas possíveis alterações bucais que o paciente pode apresentar; em seguida, realizar a avaliação clínica odontológica para, posteriormente, traçar o plano de tratamento.

A boca tem interação com o paladar, o olfato, o processo respiratório e a fonação, além de ser fundamental na alimentação. O ecossistema bucal, durante a vida, passa por três fases:

1. Na ausência de dentes (infância), com alimentação à base de leite, é observada uma microbiota aeróbia/fermentativa.
2. Na presença de dentes e de uma dieta alimentar tradicional (carboidrato, proteínas, fibras, etc.), são observados microrganismos anaeróbios e microaerófilos.
3. Na ausência de dentes (idade adulta/idoso), a flora bacteriana retorna a ser aeróbica, e uma vez presente a prótese total, pode abrigar outras bactérias e fungos (*Candida sapiens*) nas porosidades do acrílico.



Exemplificando

Dependendo da condição do periodonto (se está saudável ou doente), o biofilme bacteriano está presente, entretanto a doença periodontal possui interferências multifatoriais, relacionadas ao hospedeiro (genética e hábitos, como o fumo) e a doenças sistêmicas. Conhecer os aspectos anatômicos normais da cavidade bucal e compreender a colonização bacteriana é importante para entendermos o processo saúde versus doença. Já foram verificados mais de 500 tipos diferentes de microrganismos na boca, entre bactérias, vírus, protozoários e fungos.

O biofilme é formado, a princípio, por glicoproteínas e anticorpos salivares, os quais criam uma película, inicialmente colonizado por cocos Gram-positivos anaeróbios facultativos. Posteriormente,

são colonizados por bastonetes Gram-positivos, seguidos por microrganismos Gram-negativos anaeróbios. Ele tem sido amplamente associado a doenças periodontais mais avançadas, como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis* e *Bacteroides forsythus*.

Lembrando que, no idoso, todas essas informações são importantes, uma vez que sabemos da dificuldade motora e/ou visual que ele pode apresentar, a qual pode desencadear uma higienização bucal deficiente, levando a inflamações no periodonto. Devemos orientar e motivar o idoso sobre a importância da higienização. Caso ele não consiga mais fazer a própria higiene bucal, devemos ensinar o cuidador como realizar a escovação dos dentes, da língua e a utilizar o fio dental.

Para facilitar a leitura, vamos abordar por tópicos algumas das alterações da face e da boca que decorrem do envelhecimento:

Face: com o passar dos anos, ocorre a perda da elasticidade da pele, a qual se torna mais fina e seca, com diminuição do tônus muscular. Com a perda de dentes, extrusões dentárias e abrasão das coroas dentárias remanescentes, desencadeia-se perda da dimensão vertical de oclusão, a ponta do nariz fica mais próxima do mento e pode aparecer a queilite angular, que é mais comum no idoso devido a essa perda de dimensão vertical.

Ossos maxilares: com o envelhecimento, a neoformação óssea é menor, e ocorre a redução no depósito do cálcio no osso, tornando-o menos mineralizado. Em pacientes com perdas dentárias, verifica-se uma diminuição da espessura e da altura do rebordo alveolar, dificultando, desta forma, a instalação de próteses e de implante devido à falta de suporte ósseo. Observa-se rigidez do disco articular com diminuição/perda do líquido sinovial, sendo que essas condições podem ser agravadas na presença de doenças degenerativas e artrite. Indivíduos com histórico de câncer e com necessidade de radioterapia e/ou quimioterapia podem ser mais predispostos a osteorradioneecrose.

Glândulas salivares: o fluxo salivar no idoso pode estar alterado devido a uma menor celularidade dos ácinos, estreitamento dos ductos salivares, utilização de alguns medicamentos e maior viscosidade da saliva, que prejudica a deglutição durante a alimentação.

Língua: com a ausência ou redução da quantidade de dentes, a língua desenvolve um papel importante, entretanto, com o envelhecimento, ocorre uma alteração e diminuição das papilas e dos botões gustativos, desencadeando um prejuízo no prazer do idoso em se alimentar, devido à alteração no paladar. As varicosidades e a língua saburrosa também são condições observadas nos idosos, sendo que a saburra é a condição com maior associação da halitose, e também está associada à diminuição do paladar, devido às papilas gustativas ficarem obstruídas por essa camada de saburra.



Pesquise mais

Varicosidades são dilatações dos vasos sanguíneos de pequeno e médio calibres, resultado da redução da elasticidade da parede do vaso, que ocorre com o envelhecimento ou devido a um bloqueio interno do vaso.

Saburra lingual é formada por restos de alimentos, bactérias e células mortas.

Mucosa oral: a ocorrência de úlceras traumáticas e de erosões é relativamente comum nos idosos, devido a uma menor quantidade hídrica e de elasticidade da mucosa; também podem ser desencadeadas por mordeduras na bochecha causadas pelos dentes e pelas próteses. Outro fator comum no aparecimento de mucosites são as radioterapias.

Periodonto: com a dificuldade motora e a destreza manual afetada, o idoso tem dificuldade em controlar o biofilme dental através da escovação e do uso do fio dental, com isso uma microbiota mais agressiva começa a ser formada, destruindo o periodonto de proteção (inicialmente, gengivite) e, posteriormente, o periodonto de sustentação (destruindo osso alveolar, cemento e ligamento periodontal). Para o diagnóstico das alterações do periodonto, verificamos sangramento gengival, presença de cálculo, aumento da profundidade de sondagem e perda do nível de inserção. As principais modificações verificadas no periodonto do idoso são: reabsorção óssea, diminuição da queratinização, retração gengival, inflamação gengival, mobilidade dental e diminuição da celularidade do tecido conjuntivo.

Dentes: no idoso, é comum verificarmos a presença de desgastes na cervical dos dentes, resultado de anos de escovação vigorosa associada à escova dentária de cerdas duras. Outra condição frequente é o desgaste na incisal ou oclusal dos dentes, resultado de bruxismo, além de perdas dentárias e perda de dimensão oclusal. Cáries radiculares também são frequentes nos idosos.



Assimile

Caro aluno, é sempre importante atender o indivíduo idoso lembrando de todas as particularidades sistêmicas sofridas com o passar dos anos, devido ao envelhecimento, tratando-o com atenção e respeito. Uma análise que o profissional deve realizar é verificar a condição e o padrão ósseo dos maxilares, para, se possível, indicar a reabilitação com implantes dentários. Hoje, os implantes são uma realidade muito mais acessível financeiramente, e uma forma de reabilitação mais efetiva e confortável, a qual, muitas vezes, devolve ao paciente a autoestima e o prazer em se alimentar.



Pesquise mais

Você quer saber mais sobre as alterações orais decorrentes do processo de envelhecimento? Acesse o link a seguir!

FERNANDES-COSTA, A. N. et al. As principais modificações orais que ocorrem durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 293-300, 2013. Disponível em: <periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/13650/9813>. Acesso em: 10 fev. 2018.

Doenças bucais frequentes no idoso

Com o envelhecimento, surgem as doenças crônicas ou agudas, as quais debilitam o indivíduo, podendo levar a mudanças mentais, comportamentais e físicas.

Estudaremos, agora, algumas doenças que são importantes na área da Odontologia:

Líquen plano: são lesões atribuídas a problemas emocionais; como o idoso, às vezes, apresenta-se emocionalmente instável, essas lesões são cíclicas. O indivíduo relata queimação na mucosa jugal, na qual podem ser visualizadas placas brancas em forma reticular, e também podem ter aspecto de úlceras avermelhadas. O

dorso da língua também pode ser afetado em forma de pequenas placas arredondadas. O diagnóstico deve ser confirmado por meio do exame histopatológico. O tratamento ainda não é bem definido, mas tem sido empregados corticoides, que aliviam a dor e a sensação de queimação.

Candidíase: os agentes etiológicos desta doença são fungos: *Candida albicans* e *Candida tropicalis*, estes acometem o idoso em grande frequência. A causa da candidíase pode estar relacionada ao estresse, à imunodepressão, às neoplasias, aos corticoides, aos antibióticos, às drogas imunodepressoras, entre outros fatores. O diagnóstico pode ser realizado através de citologia esfoliativa ou biópsia, e o tratamento é tópico, à base de nistatina (micostatin, 4x ao dia, por uma semana). A associação com miconazol (daktarin gel, 4x ao dia, por uma semana) também tem sido sugerida.

A utilização de próteses totais/parciais, com uso contínuo (sem remover para dormir), e a não higienização tem sido frequentemente associadas ao aparecimento de candidíase. Recomenda-se escovação das próteses com escova específica e pode-se deixá-las embebidas em solução de nistatina durante a noite.

Lesões de cárie radicular: são lesões que se iniciam na junção esmalte-cimento ou abaixo dela, amolecidas, de coloração amarronzada, recobertas por biofilme bacteriano; são frequentes nos idosos, devido à escovação traumática e à perda óssea generalizada que ocorre ao longo dos anos.

Xerostomia: pode ser ocasionada por problemas sistêmicos ou algumas medicações. Quando a saliva estiver reduzida ou ausente, podem ser prescritos saliva artificial e/ou estimuladores de saliva, como: gomas de mascar de xilitol, de 3 a 5 x ao dia; gomas à base de clorexidina; e alimentos ricos em fibras. Pacientes com xerostomia são mais predispostos a lesões cáries, doença periodontal e halitose.

Complexo dentina-polpa: com o envelhecimento, o volume da polpa é diminuído em decorrência da deposição contínua de dentina em suas paredes, com mais frequência no teto, resultando em dificuldades na localização da entrada dos canais radiculares, com isso, aumentando o risco de perfurações. Na dentina, notamos um fechamento parcial ou total dos canalículos dentinários e um aumento da dentina secundária.

Doença periodontal: com o avanço da idade, notamos a presença de recessões gengivais; a gravidade e a prevalência da periodontite aumentam com o passar dos anos, podendo desencadear perdas dentárias. Portanto, pacientes idosos precisam de atenção especial e individualizada em relação aos cuidados de higiene oral.

Halitose: o mau hálito, muitas vezes, pode estar presente na população idosa quando ocorre déficit motor (dificuldade em escovar os dentes e a língua e utilizar o fio dental) ou em casos de doenças degenerativas, como a demência. Com a não remoção do biofilme bacteriano, ocorre a formação do tártaro, o qual avança, destruindo o periodonto de sustentação e proteção, e também é um dos causadores do mau hálito. A língua saburrosa é o fator etiológico principal do mau hálito, desencadeada por retenção de bactérias e restos alimentares, sendo removida através de limpadores linguais ou com a própria escova dental.

Câncer: é a segunda doença que mais mata pacientes idosos no mundo. O câncer bucal (75%) está ligado ao fumo e ao álcool. Durante o atendimento ao paciente com câncer, deve-se buscar uma integração do médico e do cirurgião dentista, pois é fundamental um cuidado com a boca antes, durante e após iniciar o tratamento (radioterapia/quimioterapia) oncológico.

Inicialmente, deve-se realizar a anamnese detalhada do idoso e buscar informações sobre o diagnóstico do tumor, a qual o tipo de ele que será submetido, em qual região será a radiação e a quantidade total de radioterapia a ser empregada no tratamento. Com essas informações, poderemos montar o nosso plano de tratamento, a fim de remover todo foco possível de infecção (remoção de raízes residuais, cáries, lesões endodônticas, doença periodontal); além disso, para auxiliar no nosso diagnóstico, podemos solicitar radiografias periapicais e panorâmicas. Todo dente infectado ou com prognóstico duvidoso deve ser extraído.

Após finalizado o tratamento, deve-se orientar o paciente sobre a importância do controle do biofilme bacteriano durante todo o tratamento oncológico, a fim de evitar futuros problemas, e ressaltar que o tratamento leva a uma secura da boca, o que predispõe ao risco à doença cárie e gengival. Durante o tratamento oncológico, é normal o aparecimento de lesões, como as mucosites, que causam grande desconforto ao paciente. Nessa situação, podemos aplicar

sessões de laser de baixa potência, com o propósito de aliviar e melhorar a condição do paciente.

Carcinoma epidermoide: é uma neoplasia epitelial maligna. Na boca, é o tumor maligno mais frequente. Podem ser considerados como fatores etiológicos: álcool, fumo, radiação solar, deficiência de vitamina A e ferro. Afeta, principalmente, idosos/adultos homens. Os locais mais acometidos são palato mole, gengiva, mucosa jugal, labial e palato duro.

Leucoplasia: acomete indivíduos acima de 40 anos, e é caracterizada por lesão branca homogênea ou nodular na mucosa, que não sai com raspagem, além de lesão pré-maligna, a qual pode ocorrer na mucosa labial, jugal, gengiva, língua e assoalho de boca. O diagnóstico é realizado através de biópsia, e o tratamento indicado é o cirúrgico completo.

Hiperplasia fibrosa inflamatória: frequente em idosos que utilizam próteses mucossuportadas, é uma lesão proliferativa não neoplásica, na qual a mucosa se apresenta avermelhada. Recomenda-se suspender o uso da prótese alguns dias para, depois, executar a ressecção cirúrgica, se necessária.

Neuralgia do trigêmeo: condição dolorosa na forma de choque, lacinante, repentina, ela acomete um lado da face e segue as divisões do nervo trigêmeo. Sua causa é desconhecida. O tratamento deve ser feito com a supervisão de um neurologista e, usualmente, é utilizado o medicamento carbamazepina.



Pesquise mais

Para entender com mais profundidade a respeito da doença periodontal no idoso, leia o artigo:

FIDEL JÚNIOR, R. A. S.; LOURENÇO, R. A.; FISCHER, R. G. A doença periodontal e o idoso frágil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, n. 1, v. 12, p. 94-100, 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=385>. Acesso em: 10 fev. 2018.

Interferências nas condições clínicas odontológicas

Doenças crônicas em idoso, principalmente hipertensão e diabetes, desencadeiam a necessidade de tratamento com

medicamentos específicos e um controle mais frequente com exames, visando a uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Diabetes mellitus: é uma doença que acomete 9,3% dos indivíduos acima dos 65 anos. O enfoque odontológico desta doença é importante para a nossa clínica diária, pois esses pacientes possuem alta prevalência de problemas odontológicos: xerostomia, candidíase, cárie, abscessos gengivais recorrentes e doença periodontal. Portanto, recomenda-se encaminhar o paciente ao médico, solicitando avaliação e conduta, descrever os procedimentos odontológicos que serão necessários de serem realizados no paciente e solicitar se há alguma consideração especial para este atendimento. Procedimentos invasivos devem ser evitados quando o paciente não estiver com o nível glicêmico controlado no sangue, a fim de evitar problemas de infecção devido ao retardo na cicatrização que ele apresenta. Alguns estudos afirmam que o diabetes é um fator de risco para a doença periodontal, uma vez que o controle metabólico alterado tende a propiciar a retenção do biofilme bacteriano e a desencadear o processo inflamatório do periodonto.

Osteoporose: a osteoporose é a doença mais comum do metabolismo ósseo. Considerada crônica, ela retira o cálcio do osso, e caracteriza-se por não ter sintomas, ser lenta, progressiva e particularmente comum nos idosos e nos indivíduos com imobilização prolongada. A melhor forma de evitá-la é o diagnóstico precoce do enfraquecimento ósseo, e as fraturas são as principais manifestações. Tem sido amplamente estudada a associação de osteoporose e periodontite devido à reabsorção óssea das doenças periodontais, entretanto a correlação ainda precisa de mais estudos, pois são muitos os fatores externos que influenciam essas duas doenças. Mudanças de hábitos, como não fumar, evitar bebidas alcoólicas, ingerir uma dieta rica em cálcio e atividade física, são recomendações para prevenir a osteoporose.

Artrite reumatoide: é uma inflamação crônica, debilitante, que provoca mudanças na estrutura das articulações, diminuindo a mobilidade do indivíduo. Com o passar dos anos, o paciente aumenta cada vez mais o consumo de medicamentos, a fim de aliviar as dores, e esse excesso pode se refletir na cavidade bucal na forma de ulcerações, boca seca e estomatites associadas a hemorragias gástricas. O cirurgião-dentista deve estar atento

durante o atendimento a esses pacientes, principalmente em procedimentos invasivos, pois, como já foi explicado, deve-se evitar bacteremia, sendo necessário, em alguns casos, o uso de antibioticoterapia profilática, mas isso deve ser conversado caso a caso com o médico do paciente. O tratamento odontológico deve ser planejado em consultas curtas, pois, muitas vezes, o paciente tem dificuldades de permanecer longos períodos de boca aberta.

Desordem temporomandibular (DTM): distúrbios na ATM podem gerar grande desconforto, dores orofaciais com restrições na alimentação, fonação e abertura bucal, afetando a rotina e a vida social do indivíduo. O diagnóstico correto multiprofissional é determinante para o sucesso do tratamento, sendo necessário, muitas vezes, fisioterapia, aplicações, placas miorrelaxantes, etc. para o alívio dos sintomas. O indivíduo procura se adaptar a essa doença, porque interfere nas atividades básicas.

Alzheimer: é uma doença progressiva do sistema nervoso central, caracterizada pelo esquecimento e pela perda de memória. A repercussão odontológica se mostra alterada conforme a doença avança e o idoso perde a autonomia e não consegue mais realizar sua higiene bucal, portanto devemos conversar com a cuidadora e explicar sobre os cuidados com a higienização.

Por tudo que foi exposto até aqui, ratificamos a importância de tratar a pessoa idosa como um todo, visando aos aspectos financeiros, sociais, emocionais, psicológicos e biológicos em toda a sua integralidade. O cirurgião-dentista deve buscar cada vez mais aprofundar os seus conhecimentos técnicos científicos, com abrangência, buscando se relacionar com os demais profissionais da área saúde, a fim de oferecer um tratamento diferenciado à população idosa.

Sem medo de errar

Agora que você já aprendeu mais sobre os idosos, ajude Alice e Lucas no atendimento ao Sr. Erasmo, respondendo às seguintes perguntas:

Baseado no diagnóstico da doença de Alzheimer, qual é a sua conduta clínica para o tratamento odontológico deste paciente?

Devemos conversar com o Sr. Erasmo a respeito da importância da sua saúde bucal para o seu organismo, que serão necessárias algumas intervenções odontológicas para devolver a saúde bucal a ele e que, a partir daquele momento, a cuidadora o auxiliará na higienização bucal (escova e fio dental), para que se consiga manter a saúde bucal com melhora na qualidade de vida dele.

Quais cuidados os alunos devem ter durante o tratamento, devido ao Sr. Erasmo ser diabético?

Sobre o diabetes, é importante solicitar uma avaliação e conduta do médico por escrito, dizendo que serão realizados procedimentos invasivos no ambulatório (extrações radiculares e raspagem subgingival). Uma vez o Sr. Erasmo estando com o diabetes controlado, as consultas serão marcadas no meio da manhã, com o atendimento não muito longo, a fim de evitar que ele permaneça muito tempo sem se alimentar.

Como você explicaria sobre as alterações no palato observadas neste paciente?

Sobre as lesões no palato, deve-se suspeitar de candidíase, que é uma lesão causada por fungos. Para o diagnóstico, pode-se realizar uma citologia esfoliativa. Uma vez confirmada, deve-se prescrever antifúngico de ação tópica e pedir ao paciente para dormir sem a prótese, além de ensiná-lo a realizar a higienização da prótese e a moldagem para confecção de nova PT.

Faça valer a pena

1. Com o envelhecimento, surgem as doenças crônicas ou agudas, as quais debilitam o indivíduo, levando a mudanças sociais, mentais, comportamentais e físicas.

Em relação às doenças que envolvem o processo de envelhecimento, assinale a alternativa correta:

- a) Na ausência de dentes, a flora bacteriana é anaeróbia e a prótese total tem menor predisposição para abrigar bactérias e fungos (*Candida sapiens*) nas porosidades do acrílico.
- b) O biofilme é formado, inicialmente, por glicoproteínas e anticorpos salivares, os quais criam uma película e são colonizados, em um primeiro

momento, por cocos Gram-positivos anaeróbios facultativos e, conforme vai aumentando o biofilme, a colonização passa a ser por microrganismos Gram-negativos anaeróbios.

- c) Indivíduos com histórico de câncer e com necessidade de radioterapia e/ou quimioterapia podem ser menos predispostos à osteorradionecrose.
- d) Com a ausência de dentes e o envelhecimento, na língua, ocorre uma alteração e um aumento das papilas e dos botões gustativos, desencadeando um prejuízo no prazer do idoso em se alimentar.
- e) A radioterapia, quando necessária ao tratamento do câncer, estimula as glândulas salivares, fazendo com que ocorra uma hipossalivação.

2. As alterações da cavidade oral produzidas pelo aumento da idade acarretam alterações fisiológicas que predisõem o idoso a apresentar condições patológicas típicas do envelhecimento. Neste caso, a doença periodontal gera modificações gengivais e ósseas comumente encontradas nos pacientes idosos.

Sobre a doença periodontal no idoso, assinale a alternativa correta:

- a) Na fase da adolescência, a presença de recessões gengivais e a gravidade da periodontite podem desencadear perdas dentárias.
- b) O aumento na capacidade de defesa do sistema imunológico e o envelhecimento das células do periodonto tornam o processo de inflamação gengival mais acelerado no idoso.
- c) A diminuição da destreza manual e da acuidade visual é um fator que predis põe o idoso a não conseguir controlar o biofilme bacteriano e a desenvolver a doença periodontal.
- d) Devido à dificuldade motora durante a escovação, podemos substituir esta por soluções de bochecho.
- e) O indivíduo com diabetes não compensado tem o aspecto do periodonto de proteção e sustentação normal sem nenhuma alteração significativa quando comparado ao indivíduo saudável.

3. Em um passado recente, o acesso ao cirurgião-dentista, à pasta dental e à escova não era possível à população brasileira, isso resultou em um grande número de indivíduos desdentados. Muitas vezes, o dentista era procurado em casos de emergência, portanto o resultado da condição bucal do idoso, hoje, é fruto de um passado em que o indivíduo não tinha acesso adequado aos serviços odontológicos.

Em relação ao edentulismo, assinale a alternativa correta:

- a) O edentulismo parcial ou total exerce forte impacto sobre a vida do idoso, tanto em termos orgânicos quanto psicológicos.
- b) Com o uso de próteses, ocorre uma facilidade na mastigação de qualquer alimento.
- c) Pacientes que utilizam próteses totais ou removíveis não as devem retirar durante a escovação e higienização delas.
- d) Devemos orientar os indivíduos que usam próteses totais à higienização adequada delas com escova específicas, e os pacientes podem usá-las em tempo integral, desde que estejam limpas.
- e) Para pacientes diagnosticados com candidíase, devemos prescrever anti-inflamatórios de uso tópico.

Seção 4.2

Abordagem e manejo do paciente idoso; aspectos psicológicos interferentes no tratamento odontológico

Diálogo aberto

Nesta seção, estudaremos sobre a abordagem e o manejo do paciente idoso e os aspectos psicológicos que interferem no tratamento odontológico. Esse aprendizado lhe dará suporte para auxiliar os alunos Alice e Lucas no atendimento ao Sr. Erasmo, de 70 anos. Você se lembra que ele compareceu à clínica de odontologia para atendimento? Durante a anamnese, a cuidadora informou que o paciente foi diagnosticado com Alzheimer e é diabético, dependente de insulina. Ao exame clínico, verificou-se doença periodontal avançada com mobilidade dentária, raízes residuais, lesões cáries radiculares e prótese total antiga e frouxa na boca, com lesões avermelhadas no palato.

Baseado nas informações coletadas durante a anamnese e o exame clínico, quais dificuldades você espera encontrar durante este atendimento e como agirá para superá-las?

Descreva os aspectos psicológicos a serem considerados no Sr. Erasmo que podem interferir no seu tratamento.

Para que você consiga ajudar os alunos a responderem aos questionamentos elencados, serão apresentados, de forma contextualizada, no item “Não pode faltar”, os conteúdos sobre a abordagem e o manejo do paciente idoso e os aspectos psicológicos que interferem no tratamento odontológico.

Todas essas informações são muito importantes para o seu desenvolvimento profissional, portanto anime-se, você ficará fascinado pelo assunto!

Não pode faltar

Abordagem e manejo do paciente idoso

O envelhecimento da população brasileira configura um desafio para a política de saúde pública, pois o idoso, ao longo do tempo,

pode desenvolver doenças múltiplas e crônicas, por isso utiliza mais serviços na área da saúde, exigindo, dessa forma, equipes multidisciplinares e acompanhamento frequente.



As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 5)

Normalmente, as doenças crônicas são continuamente controladas por medicamentos e pela aquisição de novos hábitos saudáveis, mas nem sempre ocorre a cura.

Um grande desafio da atualidade na saúde é a abordagem do idoso, pois o nível de vulnerabilidade durante o envelhecimento é muito heterogêneo e necessitamos conhecer essas diferenças para ampliar os nossos conhecimentos.

Os estudos mostram que tratar o idoso de maneira fragmentada e sem entender a repercussão do envelhecimento no eixo saúde-doença reflete negativamente na saúde. A saúde, neste caso, deve ser entendida mais amplamente como um bem-estar biológico, psicológico e social, e não apenas a ausência da doença. Portanto, o atendimento ao idoso deve ser, de forma individualizada e com atenção, voltada para a complexidade clínica, levando em consideração a vulnerabilidade física e seus mecanismos de adaptação, a presença de doenças atípicas, as mudanças sociais/comportamentais e maior propensão a iatrogenias.

A abordagem ao idoso deve consistir na compreensão das condições de como o idoso vive, como é o seu ambiente familiar. Como já explicado nas seções anteriores, é importante saber escutar e evitar o monólogo; realizar um planejamento que condiz com a realidade funcional, estética e financeira do paciente, bem como buscar um canal aberto de comunicação com o(s) médico(s) que atende(m) esse paciente e ter domínio no conhecimento de medicamentos que o paciente utiliza e suas interações. Fundamental para o sucesso do manejo ao idoso é o controle periódico para preservação dos dentes, para que não ocorra maior depreciação da condição bucal.

Figura 4.1 | Atendimento odontológico de paciente idoso em consultório



Fonte: <<https://www.istockphoto.com/br/foto/homem-s%C3%AAnior-do-escrit%C3%B3rio-de-dentista-gm172428328-23640678>>. Acesso em: 8 abr. 2018.



Exemplificando

Os desafios para a manutenção da saúde bucal dos idosos são mais amplos devido à pouca formação e ao aprendizado na área da odontologia associados aos demais profissionais, como enfermeiros, biomédicos e fonoaudiólogos.

A maior parte do ensino ao idoso é fracionado, sem diálogo entre as profissões, o que dificulta o compartilhamento de conhecimentos. A grande diferença no tratamento do idoso se dá quando ocorre a formação e a discussão em equipe multidisciplinar constituída por: médicos, cirurgiões-dentistas, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e família, verificando, em conjunto, os problemas e integrando conhecimentos específicos de áreas diversas, para propor um plano de tratamento adequado e individualizado.

O atendimento ao idoso deve ser realizado, na medida do possível, por um menor número de dentistas, pois, desta forma, o idoso tende a se sentir mais seguro, uma vez que ele sempre é tratado pelos mesmos profissionais, sedimentando vínculos de confiança e carinho. Devemos também ter sempre um bom diálogo com os familiares e cuidadores.

Na odontologia, o profissional habilitado no atendimento ao paciente idoso é o odontogeriatra, o qual detém, dentre outros conhecimentos, manobras de suporte básico à vida, bem como dos equipamentos acessórios que o consultório deve conter, pois muitos desses pacientes apresentam risco no atendimento.

No manejo dos pacientes idosos, o cirurgião-dentista deve estar consciente e seguro do trabalho que executa, diante disso é importante buscar formas de contornar as alterações comportamentais, tranquilizando-se, independentemente do resultado final. Claro que sempre se deve "tratar" o paciente com o objetivo de ter sucesso, mas, se as estratégias falharem, o profissional deve buscar alternativas para o melhor tratamento.

O paciente idoso pode encontrar-se de três formas:

1. Pacientes independentes: são os idosos que podem até ter doenças crônicas, (controladas com medicamentos), mas vão aos consultórios sozinhos.
2. Pacientes parcialmente dependentes: idosos que possuem algum tipo de limitação e dependem de terceiros para irem ao consultório.
3. Pacientes totalmente dependentes: pacientes que perderam sua autonomia e dependem integralmente de outra pessoa para suas funções básicas. Neste caso, se necessário, o cirurgião-dentista deve fazer o atendimento domiciliar.

Baseado nessas condições (paciente independente, parcialmente dependente, totalmente dependentes), o profissional decidirá o planejamento para o seu tratamento, levando em consideração os aspectos sistêmicos (anamnese), bucais (exame clínico e radiográfico) e psicossociais (avaliação das expectativas e da motivação para o tratamento, perspectiva de vida, apoio da família e condição financeira).

Não há uma padronização na abordagem do tratamento odontológico mais extenso ao idoso, mas podemos buscar uma roteirização didática deste planejamento em três etapas:

1. Tratamento inicial: primeiramente, com foco para eliminar dores dentárias e melhorar a parte estética; instrução e motivação da higiene bucal; tratamento periodontal; cirurgias; endodontias; restaurações e próteses provisórias; ajuste oclusal.
2. Tratamento final: reabilitação oral – se necessário, fazer a confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e implantes.
3. Manutenção: retornos semestrais para o controle da saúde são recomendados. Em casos de indivíduos com maior grau de debilidade, deve-se agendar retornos com frequência mais curta. Orientações sobre a importância da higiene bucal entregues por escrito, com letras grandes e, se possível, com ilustrações motivam mais o paciente.

Para os pacientes dependentes e que, normalmente, estão institucionalizados, o profissional deve considerar três aspectos fundamentais para o atendimento:

1. Analisar o nível de dependência do idoso e o grau de debilidade, para instituir um protocolo a ser seguido pelos auxiliares e/ou cuidadores acerca da higienização bucal (escovação dos dentes, língua, uso de soluções de bochecho e fio dental), higienização diária das próteses e remoção delas ao dormir e deixar a prótese imersa em produtos de limpeza à base de peróxidos.
2. Integração com a equipe multidisciplinar para avaliação das condições sistêmicas e discussão com a equipe sobre procedimentos mais invasivos (cirurgia).
3. Qualidade do tratamento técnico que corresponda ao nível e à dificuldade de debilidade do paciente idoso.

Os pacientes institucionalizados (residentes em instituições, como casa/asilo para idosos) ou de atendimento domiciliar demandam a presença de equipamentos odontológicos portáteis, os quais possam ser levados nas residências, nestes casos, o cirurgião-dentista deve levar em consideração que o custo do tratamento será mais elevado.



O atendimento domiciliar tem suas vantagens e desvantagens ao paciente e ao cirurgião-dentista.

Vantagens para o paciente: diminuição do medo pelo desconhecido, uma vez que é tratado no seu ambiente com independência, pois não necessita do cuidador para levá-lo ao consultório, e há aumento da autoestima, pois sente que tem um convidado em casa.

Desvantagens para o paciente: o dentista consegue fazer menos procedimentos. Este serviço ainda é pouco conhecido e, às vezes, o paciente sente-se invadido na sua privacidade.

Vantagens para o cirurgião-dentista: o idoso sente-se mais seguro, motivado e relaxado para o tratamento, mostrando, portanto, maior facilidade de adesão aos cuidados bucais pelos cuidadores e enfermeiros, e o cirurgião-dentista se sente mais apreciado e valorizado.

Desvantagens para o cirurgião-dentista: maior estresse, pois existe menor controle dos imprevistos; o trabalho é fora do ambiente normal de atendimento; há menor apoio em caso de urgências; e a iluminação e a postura não são ideais para o atendimento.

A abordagem e o manejo do paciente idoso também dependerão se ele possui alguma doença e qual é ela. Por exemplo, a abordagem e o tratamento do paciente idoso com Alzheimer devem ser ditados pelas alterações/comprometimentos que ele apresentar, assim, para o atendimento clínico desse paciente em estágio inicial da doença, faz-se o manejo e o condicionamento. Importante, nesta fase, fazer o planejamento preventivo e realizar todos os procedimentos clínicos odontológicos possíveis. O profissional pode realizar atividades lúdicas com o paciente, pois facilitará sua relação com ele e propiciará a formação de vínculos.

Em um estágio intermediário/moderado do desenvolvimento da doença, o cirurgião-dentista deve fazer o manejo e o acondicionamento e, se necessário, o atendimento pode ser domiciliar. Nesta fase, o cirurgião-dentista deve, principalmente, eliminar qualquer problema que leve à dor, assim como possíveis focos de infecção, por exemplo, problemas periodontais. Para procedimentos com sedação, o planejamento deve ser realizado em conjunto com o médico do paciente.

E quando o paciente se apresentar com estágio avançado/terminal da doença, o atendimento deve priorizar as condições mínimas de saúde bucal. Nesta fase, o cirurgião-dentista deve unicamente remover os focos infecciosos e a dor. Lembre-se de que o conforto do paciente é muito importante, portanto ele pode receber atendimento domiciliar. É importante ressaltar que, nos pacientes com Alzheimer, as doenças na cavidade bucal se agravam devido às dificuldades para levá-los ao consultório, muitas vezes, por não saírem de seus leitos, ou mesmo por não conseguirem expressar exatamente suas dores e queixas.

É imprescindível que o cirurgião-dentista entenda que, quando tratamos desses pacientes, os procedimentos odontológicos considerados simples podem exigir muitas tentativas até serem finalizados, portanto deve-se buscar o manejo mais adequado para a conclusão do tratamento.



Reflita

O tratamento odontológico e os cuidados com a saúde bucal em idosos acamados são mais complexos devido à condição adversa e debilitada em que o idoso se encontra. Na sua opinião, baseado no que você estudou, o atendimento se difere em quais aspectos quando comparado a um idoso não acamado?

Aspectos psicológicos interferentes no tratamento odontológico

Como já explicado, o idoso deve ser atendido e compreendido como um todo, verificando as condições físicas, clínicas e psicoemocionais. Avaliar a interação cultural e social e a família também é importante como apoio ao tratamento odontológico.

Diversos estudos demonstram que a ausência de dentes desperta nas pessoas um sentimento de ser velho, além de terem sido relatados problemas psicológicos devido à saúde bucal deficiente. A perda de elementos dentários leva a uma depreciação da autoimagem e autoestima, que se reflete no ambiente familiar, social, profissional e amoroso. Os pacientes relatam perder a vontade de sorrir e a perda do prazer em se alimentar, diante disso a perda dos dentes pode até levar a um quadro de depressão.

Ao notar perda da capacidade cognitiva do paciente, o profissional deve utilizar uma linguagem simples e de fácil compreensão, para que o idoso consiga absorver todas as informações sobre os cuidados bucais, e o cuidador também deve participar dessas orientações e ser motivado, pois ele será o multiplicador das instruções.

Um fator importante a ser considerado no plano de tratamento é avaliar a expectativa de vida do paciente, a fim de planejar um tratamento que promova uma maior qualidade de vida e conforto ao idoso. Para pacientes com grandes debilidades e expectativa de vida curta, o profissional deve ter um cuidado especial, com o propósito de oferecer o máximo de qualidade possível, aliviando possíveis incômodos ou dores.

O planejamento deve ser conversado com sinceridade com o paciente, a fim de compreender as possibilidades financeiras do idoso, pois, muitas vezes, ele já possui grande comprometimento financeiro com suas medicações e exames e o cirurgião-dentista não deve desestabilizar a vida financeira de seus pacientes.

A ansiedade e o medo são questões psicológicas que devemos observar, pois representam um grande problema no consultório odontológico, por isso cabe ao profissional identificar e promover atitudes que passem confiança ao paciente.

O paciente idoso tem uma resistência a mudanças de hábitos, e frente a essa conduta o profissional tem que se esforçar ainda mais para conquistar a confiança e quebrar as barreiras das resistências.



Pesquise mais

Para nos auxiliar a refletir sobre o tema da odontogeriatria voltado aos aspectos psicológicos, leia o artigo a seguir.

SILVA, E. M. M. da et al. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**, v. 2 n. 1, 2005. Disponível em: <www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_revisao24.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

Para que o profissional preste um serviço de qualidade e de integralidade, é imprescindível conversar e entender o contexto de como é a vida desse idoso e sua inserção social, como também observar se o paciente tem tendência à exclusão social ou dependência, pois,

normalmente, são indivíduos com menor autoestima, o que, muitas vezes, pode refletir no cuidado de higiene pessoal.

Dentes ausentes influenciam na fala do paciente, na mastigação, na fonação e até no momento de empregar alguém no mercado de trabalho, pois, atualmente, uma boa estética é fundamental, e no mercado de trabalho temos muitas pessoas com mais de 60 anos em plena atividade. Portanto, buscar a reabilitação funcional e estética para melhorar a qualidade de vida do idoso é fundamental, mas para isso deve-se avaliar o perfil bioemocional dos idosos para ficar atento aos valores que possuem e buscam no seu tratamento odontológico, para que o profissional consiga satisfazer seus anseios.

Com o avanço da idade, as perdas ocorrem, e com elas vem a síndrome do ninho vazio, o aparecimento das doenças, da depressão, a rejeição, tudo isso pode levar ao esgotamento emocional do idoso. A fala, a atenção e a memória vão se deteriorando com os anos, e nós, profissionais da saúde, devemos tratá-los com respeito, paciência e atenção, não valorizando suas limitações, mas as atitudes positivas que o paciente demonstrar.

Os idosos institucionalizados, segundo os estudos, tendem a ter mais depressão do que aqueles que residem em suas casas, e a depressão é maior em indivíduos com alguma limitação funcional.

Quando a depressão se torna profunda, o idoso começa a pensar que é um estorvo para a família e que não serve para nada, diante disso o risco de suicídio aumenta e a família deve estar atenta. A dependência de pessoas ou familiares gera um sentimento de tristeza e solidão, somado, muitas vezes, à perda de entes queridos, com isso o idoso tende a se isolar, o que propicia transtornos mentais, como o Alzheimer, uma doença progressiva e irreversível, conhecida como a perda da memória, gerando mudanças psicológicas, como a alienação.

O plano de tratamento para esses pacientes dependerá em que fase a doença se encontra, por isso devemos sempre conversar com o responsável legal do idoso. No tratamento odontológico no idoso com Alzheimer em fase inicial é importante estabelecer uma rotina diária dos cuidados de higiene pessoal, com horários fixos e roteirização, para facilitar a vida dele e fazer com que não tenha dificuldade em executar suas atividades rotineiras habituais. Uma vez que a doença de Alzheimer avança, normalmente, verificamos um comprometimento e uma deterioração maior do

periodonto, devido à presença do biofilme bacteriano, com isso é recomendado retornos periódicos ao cirurgião-dentista, a fim de controlar o biofilme para manter a saúde bucal. Com pacientes em estado avançado de demência, muitas vezes, se faz necessário atendimento com sedação e, quando isso ocorre, no planejamento consta que se fazer o maior número de procedimentos odontológicos de uma vez, para aproveitar a internação e, desta forma, devolver a saúde bucal ao idoso.

É essencial que o paciente faça o retorno regular ao dentista, para eliminar e evitar o aparecimento de focos de infecção na cavidade bucal, os quais, geralmente, agravam a saúde sistêmica.

Para a família de um idoso com doenças degenerativas, é um grande conforto quando o cirurgião-dentista demonstra ter conhecimento não apenas da normalidade e das alterações da cavidade oral, mas de toda a inter-relação da saúde sistêmica e da condição bucal, bem como das interações medicamentosas e da fragilidade que o idoso apresenta normalmente. Desta forma, o cirurgião-dentista cada vez mais se torna importante dentro de uma equipe multiprofissional, que discute e trata os pacientes com domínio de técnica e com grande capacidade teórica.



Pesquise mais

Vamos pesquisar e estudar um pouco mais sobre o atendimento odontológico domiciliar aos indivíduos idosos?

ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 181-189, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n1/a18v16n1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

Sem medo de errar

Agora que você já aprendeu mais sobre os idosos, ajude Alice e Lucas no atendimento ao Sr. Erasmo, respondendo às seguintes perguntas:

Baseado no diagnóstico da doença de Alzheimer, qual é a sua conduta clínica e os aspectos psicológicos para o tratamento odontológico deste paciente?

Após ter realizado a anamnese e o exame clínico, é preciso elaborar um plano de tratamento, o qual será explicado ao Sr. Erasmo, bem como ao seu acompanhante legal, solicitando assinatura de concordância ao tratamento proposto. É importante, antes de iniciar todas as intervenções, explicar com calma, de forma clara, sobre o tratamento a ser executado no dia. Esclareça todas as dúvidas com carinho, mesmo que ele esteja repetindo o mesmo questionamento. Nunca devemos dizer “eu já expliquei isso para o senhor”.

Sobre o diabetes, é importante solicitar uma avaliação e conduta do médico por escrito, dizendo que serão realizados procedimentos invasivos no ambulatório (extrações radiculares e raspagem subgengival). Quando o Sr. Erasmo estiver com o diabetes controlado, as consultas serão marcadas no meio da manhã, sendo o atendimento não muito longo, a fim de evitar que ele permaneça muito tempo sem se alimentar. E devemos esperar uma resposta de cicatrização um pouco mais lenta do que em pacientes não diabéticos.

Faça valer a pena

1. O envelhecimento da população brasileira configura um desafio para a política de saúde pública, pois o idoso, ao longo do tempo, desenvolve doenças _____ e _____, com isso utiliza mais serviços na área da saúde, exigindo equipes _____ e acompanhamentos _____.

Após análise das alternativas, assinale a que completa as lacunas corretamente:

- a) Agudas; crônicas; individuais; anuais.
- b) Graves; agudas; individuais; anuais.
- c) Múltiplas; agudas; individuais; semestrais.
- d) Múltiplas; crônicas; multidisciplinares; frequentes.
- e) Múltiplas; crônicas; multidisciplinares; semanais.

2. Um grande desafio da atualidade na saúde é a abordagem do idoso, pois o nível de vulnerabilidade durante o envelhecimento é muito heterogêneo, e necessitamos conhecer essas diferenças para ampliar os nossos conhecimentos.

Sobre a abordagem *saúde* versus doença no idoso para o tratamento odontológico, assinale a alternativa correta:

- a) O planejamento do tratamento do idoso deve ser executado de forma fragmentada, a fim de refletir positivamente na saúde.
- b) Doenças crônicas são situações que se prolongam mais de 15 dias, não curáveis, progressivas e sempre controladas por medicamentos.
- c) A saúde deve ser entendida com um foco voltado para o bem-estar biológico e físico.
- d) O atendimento ao idoso deve ser individualizado, voltado para a complexidade clínica, levando em consideração a vulnerabilidade física e seus mecanismos de adaptação.
- e) A consulta odontológica deve ser longa e, de preferência, no meio da tarde.

3. O idoso deve ser atendido e compreendido como um todo, verificando as suas condições físicas, clínicas e psicoemocionais, e avaliando a interação cultural e social. A família também é importante como apoio ao tratamento odontológico.

Sobre os aspectos psicológicos interferentes no tratamento odontológico, assinale a alternativa correta:

- a) Durante o planejamento do tratamento odontológico, devemos levar em consideração apenas as condições bucais do idoso.
- b) O cuidador não deve participar do desenvolvimento do tratamento odontológico, pois devemos respeitar a privacidade do idoso.
- c) O paciente idoso tem uma facilidade a mudanças de hábitos, o que se reflete no tratamento odontológico.
- d) Idosos institucionalizados tendem a ter menos depressão do que o idoso que reside em sua própria casa.
- e) A perda de elementos dentários leva a uma depreciação da autoimagem e autoestima, podendo desencadear uma depressão que reflete no ambiente familiar, social, profissional e amoroso.

Seção 4.3

Medidas preventivas e autocuidado, terapia de suporte e preservação de paciente idoso

Diálogo aberto

Nesta seção, estudaremos sobre as medidas preventivas e o autocuidado que o idoso deve buscar para manter a saúde bucal, e compreenderemos a importância da terapia de suporte e preservação para a saúde no indivíduo idoso. Esse aprendizado lhe dará suporte para auxiliar os alunos Alice e Lucas no atendimento ao Sr. Erasmo, de 70 anos. Você se lembra que ele compareceu à clínica de odontologia para atendimento? Durante a anamnese, a cuidadora informou que o paciente havia sido diagnosticado com Alzheimer e diabetes, sendo dependente de insulina. Ao exame clínico, verificou-se doença periodontal avançada, com mobilidade dentária, raízes residuais, lesões cáries radiculares e prótese total antiga e frouxa na boca, com lesões avermelhadas no palato.

Baseado nessas informações, quais medidas preventivas e de autocuidado sobre a saúde bucal você deve orientar o Sr. Erasmo e a cuidadora a fazer? Quais aspectos devem ser analisados para instituir a terapia de suporte e preservação deste paciente?

Para que você consiga ajudar os alunos a responderem aos questionamentos elencados, serão apresentados, de forma contextualizada, no item “Não pode faltar”, os conteúdos sobre as formas de prevenir as doenças bucais e o autocuidado que o idoso deve ter na sua rotina diária para preservar e manter a saúde bucal ao longo dos anos.

Todas essas informações são muito importantes para o seu crescimento profissional, portanto, anime-se, este assunto preverá sua atenção!

Medidas preventivas e autocuidado do paciente idoso

Com o envelhecimento, o corpo sofre mudanças psicológicas e fisiológicas em sua capacidade de responder a um agente agressor, e essas modificações também afetam a cavidade bucal. Sabendo que a expectativa de vida tem aumentado no mundo, buscar uma qualidade de vida melhor para o idoso e manter sua saúde são objetivos dos profissionais da saúde. Com o aumento da longevidade da população brasileira, fez-se necessário modificar a abordagem e o perfil do profissional para diagnosticar e atender o idoso adequadamente, de forma integral, além de sistematizar sua terapia de suporte.

A Odontogeriatría veio fortalecer a Odontologia, no sentido de qualificar o profissional cirurgião-dentista no atendimento ao idoso, com características de um profissional generalista, o qual compreende que o tratamento é muito mais complexo do que tratar apenas a queixa do paciente (sintomas relatados pelo paciente doente), é necessário e importante, como já citado em seções anteriores, avaliar esse paciente no seu contexto integral – econômico, psicológico, cultural, social e toda a sua história médica.

Todos temos que ter autocuidado, o que significa “cuidar de si próprio”, e é fundamental para manter e promover a saúde. Com o envelhecimento, muitas vezes, o idoso vai perdendo a confiança em si mesmo em realizar tarefas rotineiras e básicas, então, cabe à família e ao cuidador estimular e motivar o idoso, para que ele mesmo execute a sua higiene bucal ou que, ao menos, ele participe ativamente desse momento.

A conscientização sobre a importância da escovação/higienização, a remoção dos fatores retentores do biofilme bacteriano bucal, a participação em campanhas preventivas de algumas doenças e a preservação da saúde bucal através da promoção de saúde nos revelam que ocorreu uma mudança no perfil do idoso no passar dos anos. Este fato está diretamente relacionado com a lenta, porém crescente, mudança no processo de envelhecimento e saúde, relacionando-se com o processo de alterações fisiológicas, culturais, sociais e psicológicas, que variam de indivíduo para indivíduo.

Um dos pontos que deve ser levado em consideração na preservação da saúde bucal nos idosos é em relação à habilidade motora e psicológica que ele possui para realizar sua higiene, isto é, se ele mesmo faz sua higienização ou se tem necessidade de auxílio e acompanhamento, ou se é totalmente dependente de outra pessoa.

Quando falamos de idosos institucionalizados, isto é, que vivem, por exemplo, em casas de idosos, diversos estudos demonstram que esses idosos, institucionalizados por longo período, têm o cuidado da sua saúde bucal negligenciado, seja por falta de diagnóstico dos problemas bucais, por falta de uma rotina organizacional com cuidados diários, pela não preocupação em relação a atividades preventivas nesta população e pela indisponibilidade ao tratamento reabilitador.

Os cuidadores, tanto nos institutos quanto nas residências, devem receber uma orientação técnica adequada quanto aos cuidados rotineiros com a higiene bucal e à observação diária de lesões que podem surgir, e ao observar alterações, o cuidador deve comunicar o profissional e solicitar uma avaliação e diagnóstico, para que, desta forma, se faça o correto tratamento e também a prevenção de outras lesões. Se o paciente for desdentado, o cirurgião-dentista pode, por exemplo, explicar sobre como higienizar a mucosa desdentada, utilizando clorexidina a 0,12% (sem álcool) em gaze, que pode ser aplicada pelo próprio idoso ou pelo cuidador; também é importante incentivá-lo a deglutir várias vezes, para evitar restos de alimentos na cavidade bucal.

Como já explicado anteriormente, a doença periodontal e a cárie dental são relativamente comuns na cavidade bucal de pessoas idosas, sendo o biofilme bacteriano o fator etiológico de ambas doenças, e sua remoção é a forma mais eficaz de controlar essas patologias. Para o controle do biofilme, é necessária a sistematização da escovação com cremes dentais, utilização de fio dental, escovas interproximais (quando houver presença de próteses fixas, implantes) e escova unitufo (quando houver presença de recessões, dentes isolados na cavidade bucal, dificultando a higienização com a escova normal); outro recurso interessante para auxiliar no controle e na manutenção de uma boa higienização são os evidenciadores de placa, os quais podem ajudar a visualizar os locais onde há presença de biofilme bacteriano. Com essa evidenciação da placa, tanto o

paciente como seu cuidador terão melhor noção das regiões em que devem melhorar a higienização.

Outro recurso interessante a ser utilizado pelos idosos são as escovas elétricas, que conseguem remover efetivamente o biofilme bacteriano, e são indicadas nos casos em que o idoso não possui dificuldade visual e ainda tem certa destreza manual. É importante que o idoso sinta que possui certa autonomia e capacidade em realizar os seus cuidados de higiene pessoal.

A utilização de soluções de bochecho auxiliares para o controle do biofilme bacteriano tem sido amplamente indicada quando o idoso possui limitação motora ou psicológica. O digluconato de clorexidina 0,12% é a mais efetiva das soluções microbianas para o controle químico do biofilme, pois inibe sua formação e tem ação antiplaca, antisséptica e anticárie. No entanto, seu uso deve ser cuidadoso, pois possui efeitos colaterais, como manchamento de dentes e língua e alterações no paladar.

Como já citado anteriormente, a perda total ou parcial dos elementos dentários afeta a autoestima e traz consequências emocionais e na saúde física, podendo desencadear uma tendência ao isolamento, dificuldade na fala e na alimentação e até na deglutição, assim, a reabilitação desses pacientes devolve a autoestima e as condições do sistema estomatognático.



Assimile

Para prevenir a doença periodontal e a cárie, o profissional precisa saber indicar corretamente a escova, o tipo de fio/fita dental e creme dental fluoretado, para que o idoso ou o seu cuidador consiga remover adequadamente o biofilme bacteriano e manter a cavidade bucal saudável. Ressaltaremos aqui alguns aspectos que devem ser observados:

- Escova dentária: a escova ideal deve possuir cerdas macias, tendo o tamanho da cabeça pequena e, preferencialmente, com todas as cerdas do mesmo tamanho.
- Fio/fita dental: fundamental a utilização deste recurso, pois ele desorganiza o biofilme das faces interproximais, onde a escova não consegue ter acesso. Deve ser realizado o movimento de fricção entre as faces (movimento de serra-serra). Tanto o fio quanto a fita são efetivos, sendo que o fio é mais fino que a fita, então, em dentes com apinhamento severo, tem maior indicação o uso do fio dental.

- Creme dental fluoretado: no mercado atual, existe uma oferta muito grande de pastas, por isso é importante verificar qual a necessidade de cada paciente, por exemplo: para indivíduos com maior propensão à doença periodontal, devemos indicar as pastas antitártaro (que possuem, em sua composição, substâncias específicas para combater o biofilme bacteriano); para indivíduos com sensibilidade dentinária, pastas dessensibilizantes (as quais possuem, em sua maioria, cloreto de estrôncio, que auxilia na formação dos plugs dentinários), etc.
- Soluções de bochecho: quando indicado, lembrar o paciente que é um agente auxiliar no combate à formação do biofilme bacteriano; para pacientes idosos, devemos evitar prescrever soluções com base alcoólica.
- Pacientes que utilizam próteses fixas e removíveis: orientar a utilização de escovas específicas para realizar a sua higienização e utilizar soluções antissépticas.
- Língua: orientar o paciente e seu cuidador da importância de higienizar a língua, a fim de remover a saburra lingual, causadora do mal hálito. A higienização pode ser realizada através de limpadores linguais ou a própria escova dentária.

Como em todo tratamento, o cirurgião-dentista deve buscar a tríade: prevenir para que a doença não inicie, retardando a sua progressão e evitando a sua recorrência, tanto da doença periodontal como da cárie dentária, e também para outros problemas, como lesões cancerígenas, maloclusão, distúrbios da ATM e doenças sistêmicas com manifestações bucais.

É fundamental que o profissional, ao finalizar o tratamento odontológico, forneça todas as orientações e motive, em relação aos cuidados, que o idoso ou o seu cuidador tenha uma rotina com a higiene bucal e com as próteses, para manter a saúde da cavidade bucal.

Muitas vezes, o cirurgião-dentista falha na fase do acompanhamento periódico, e com isso alguns pacientes de próteses parciais removíveis e/ou prótese total sofrem com desconforto, o qual, geralmente, sentem, porém, por falta de orientação, acreditam que faz parte da fase de adaptação, e esse desconforto pode acarretar na desistência da utilização das próteses,

por não conseguirem se “adaptar”, o que é um equívoco, pois as próteses devem ser ajustadas até que haja adaptação e o paciente não sinta mais desconforto.

O profissional deve orientar sobre a higienização das próteses, pois elas podem exercer um papel de fator de retenção de biofilme bacteriano e propiciar infecções. O material utilizado para a confecção das próteses (resina acrílica), quando no meio bucal, absorve e adsorve fluidos bucais, e associado ao acúmulo de restos alimentares e biofilme bacteriano, torna-se contaminado, sendo verificada alta prevalência de microrganismos. Em virtude dos aspectos anatômicos e microporosidades da resina acrílica, o cuidado diário com a mucosa e com a prótese é fundamental para a saúde bucal e sistêmica dos pacientes. Por exemplo, quando o biofilme bacteriano se acumula sobre a resina acrílica da prótese, pode ocorrer candidíase protética. A hiperplasia inflamatória também pode ser desencadeada como resultado de uma má adaptação da prótese.

Figura 4.2 | Candidíase na região de palato relacionada à prótese dentária mal higienizada; hiperplasia fibrosa inflamatória relacionada à prótese dentária mal adaptada



Fonte: Brunetti-Montenegro e Marchini (2013, p. 260).

Para prevenir essas intercorrências, o cirurgião-dentista deve orientar a higienização das próteses por um desses métodos: mecânico, químico e mecânico-químico.

- Método mecânico: constitui-se em usar escova dental, creme dental fluoretado (pouco abrasivo, para não desgastar a resina) e sabão neutro. Os cremes dentais possuem, em sua composição, agentes abrasivos, os quais têm por objetivo remover o biofilme bacteriano. Um exemplo de abrasivo que leva a um menor desgaste é o bicarbonato de sódio solúvel.

Sobre as escovas para a prótese, estas devem ser específicas para a prótese total, tendo um cabo menor com um tufo de fibras mais rígidas e grossas, e para a boca, as cerdas devem ser macias. Usualmente, no Brasil, as pessoas acabam usando a escova de dentes para a higienização da prótese, mas o desenho dessa escova não alcança corretamente a superfície externa e interna das próteses, não conseguindo uma boa higienização delas. Outra forma de limpeza mecânica é a utilização de cuba ultrassônica associada a soluções desinfetantes; é indicada para indivíduos com dificuldade motora e visual. O inconveniente é o custo alto para o paciente.

- Método químico: constitui-se na utilização de soluções químicas (hipocloritos, enzimas, clorexidina, peróxidos alcalinos e ácidos diluídos), nas quais as próteses ficam imersas por determinado tempo, conforme orientação do fabricante. O profissional deve indicar um agente limpador que seja atóxico para o paciente, tenha sabor agradável, também remova manchas e tenha preço acessível, para que o paciente seja motivado a comprar e utilizar com frequência. Outro fator importante é esse agente não ser capaz de provocar corrosão no metal das próteses removíveis, ou ser muito abrasivo, causando desgastes nas próteses e propiciando maior retenção do biofilme bacteriano nas ranhuras, perda do brilho e até mesmo alterar a adaptação da prótese na boca.

Os peróxidos alcalinos são as soluções mais utilizadas para limpeza das próteses, e podem ser utilizados nas formas de tabletes ou pó. Quando colocados na água, transformam-se em peróxido de hidrogênio. A efervescência do peróxido alcalino propicia a limpeza mecânica, e os agentes oxidantes têm função antimicrobiana e removem manchas. Entretanto, esses agentes não são mais efetivos do que a escovação com sabão. São indicados para higienizar próteses totais e removíveis, as quais devem permanecer imersas pelo tempo preconizado pelo fabricante. Após o uso das soluções, deve-se ter o cuidado de enxaguar bem, para evitar agressão à mucosa e lesões.

- Método combinado: como o nome já diz, é uma associação dos dois métodos citados anteriormente: escova + creme dental fluoretado + soluções químicas. O diferencial deste método é propiciar uma higienização efetiva mecânica com remoção do biofilme e com atividade antimicrobiana, que atua sobre os microrganismos.

Figura 4.3 | Escovação de prótese total com escova específica



Fonte: Brunetti-Montenegro e Marchini (2013, p. 260).

Terapia de suporte e preservação

As instituições que atendem os idosos (por exemplo, casas de repouso) devem instituir programas de prevenção e atendimento à saúde bucal deste idoso institucionalizado, e o cirurgião-dentista deve orientar e ensinar os cuidadores sobre a importância de se manter a condição bucal livre do biofilme bacteriano e como ele deve proceder tecnicamente, com uma rotina diária para esse controle do biofilme. Entretanto, para executar atividades educacionais, o profissional deve avaliar o contexto em que o idoso está inserido, conhecer sua rotina de horários, de refeição, qual apoio ele possui (familiar e/ou cuidador), para, desta forma, planejar como auxiliar o paciente na melhora da qualidade da sua saúde bucal.



Na sua opinião, quais aspectos da terapia de suporte e preservação da saúde bucal do indivíduo idoso totalmente dependente de um cuidador se diferem do caso do paciente Erasmo, que estudamos nesta unidade?

O conhecimento da importância da saúde bucal por si só não altera os hábitos, são necessárias a busca e a implementação de uma atividade educacional de saúde bucal voltadas para a prevenção e motivação no idoso, orientando e incentivando a escovação e o uso do fio dental diariamente; o controle do consumo do açúcar; a remoção mecânica da saburra lingual, para diminuição da halitose; e verificação do fluxo salivar dos pacientes, visando à preservação e saúde das estruturas bucais.

É fundamental, visando ao bem-estar social e à qualidade de vida do idoso, instituir um programa de terapia de suporte, com exames periódicos realizados pelo cirurgião-dentista, para controle do biofilme bacteriano, para limpeza e profilaxia dos dentes e, quando necessário, fazer raspagem e alisamento radicular, como também realizar avaliações para verificação de possíveis lesões cariosas, de recessões gengivais e das próteses dentárias.



Para melhorarmos a qualidade de vida do idoso no aspecto bucal, são necessários programas efetivos e acesso amplo ao serviço odontológico, com atendimento integral e humanizado, considerando os aspectos curativos, educativos e preventivos, junto a uma equipe multidisciplinar, para buscar o diagnóstico correto e um plano de tratamento efetivo. Com relação aos problemas mais prevalentes nesta população, medidas específicas devem ser tomadas para manter a saúde e a qualidade de vida, destacando: consultas periódicas, cuidado em manter o fluxo salivar, controle do biofilme bacteriano e cuidados com a nutrição e dieta.

A saúde bucal é ligada à saúde como um todo. Os fatores ambientais e os fatores gerais da pessoa afetam o sistema estomatognático, e vice-versa, portanto conhecer como esses fatores podem interferir

na saúde do indivíduo é imprescindível para um correto diagnóstico, tratamento e preservação da saúde do idoso.

A prevenção tem extrema relevância, baseia-se na reorientação de técnicas de higiene bucal, levando em consideração as limitações do idoso: indicar e adaptar a escovação (manual versus elétrica), utilizar instrumentais acessórios que auxiliam a utilização do uso do fio dental e indicar soluções de bochecho preventivo de cárie (fluoretos) ou doença periodontal (clorexidina). Outra estratégia de prevenção é o diagnóstico precoce de doenças bucais, sendo necessário acompanhamento frequente de médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista. Por exemplo, quando um paciente não é atendido de forma preventiva, este pode desenvolver periodontopatias, e estas também parecem estar relacionadas e aumentam o risco de doenças cardiovasculares, nascimento de crianças prematuras e com baixo peso, pneumonia aspirativa, entre outros problemas.

Os idosos podem viver com seus familiares ou podem ser institucionalizados. Como já citado, a saúde bucal de pacientes institucionalizados, geralmente, é precária, e os cuidados bucais diários desses pacientes não são sistematizados na maioria das vezes, ocorrendo, desta forma, envolvimento maiores com tratamentos de emergência, refletindo em grande ansiedade ao idoso, pois, muitas vezes, as experiências passadas no dentista não são positivas.



Pesquise mais

Para buscarmos um atendimento integral e multidisciplinar aos indivíduos idosos, temos que ter em mente a condição sistêmica do idoso que pode vir a interferir na condição bucal e com isso modificar o plano, o tratamento e a indicação da terapia de suporte desses indivíduos. Faça uma leitura do artigo a seguir para enriquecer os seus conhecimentos sobre o assunto.

IRINEU, K. N. et al. Saúde do idoso e o papel do odontólogo: inter-relação entre a condição sistêmica e a saúde bucal. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 25, n. 2, p. 41-46, 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/viewFile/2338/1619>>. Acesso em: 1º mar. 2018.

Caro aluno, lembre-se de que, para trabalhar com pacientes idosos, você precisará conhecer mais do que os fundamentos reabilitadores, precisará ampliar seus conhecimentos, por isso busque contemplar esses pacientes como seres biopsicossociais em constante desenvolvimento, pois o envelhecimento representa somente mais uma fase da vida do ser humano. Portanto, pesquise e debata mais com seus colegas e professores, pois, na sua vida profissional, quanto mais conhecimentos, mais embasamento terá para atender a esses pacientes tão especiais.

Sem medo de errar

Agora que você já aprendeu mais sobre os idosos, ajude Alice e Lucas no atendimento ao Sr. Erasmo, respondendo às seguintes perguntas:

Quais medidas preventivas e de autocuidado sobre a saúde bucal você deve orientar o Sr. Erasmo e a cuidadora a fazer? Primeiramente, devemos avaliar o perfil bioemocional do Sr. Erasmo, pedir para ele, em uma das consultas, trazer a escova de dente que utiliza para escovar os dentes e a sua prótese e solicitar que ele demonstre como faz a sua higiene bucal com a escova e o fio dental. Após visualizarmos, verificaremos o padrão da coordenação motora que ele possui, para avaliarmos se ele é capaz de realizar sozinho a sua higiene bucal ou se necessitará do auxílio da cuidadora. Feito isso, iremos motivá-lo na prática, auxiliando-o a escovar os dentes, a língua e utilizar o fio dental para manter a boca saudável. A cuidadora deve estar presente, recebendo as orientações e observando a forma correta de higienizar, pois, quando o Sr. Erasmo tiver alguma dificuldade, ela poderá auxiliá-lo.

Devemos explicar e mostrar como deve ser executada a higienização da prótese com escovas específicas e soluções auxiliares de limpeza, além de reforçar que o idoso deve dormir sem a prótese.

Quais aspectos devem ser analisados para instituir a terapia de suporte e preservação deste paciente?

Sobre a terapia de suporte, devemos observar a condição bucal do paciente, neste caso, o Sr. Erasmo apresenta uma condição desfavorável, com presença de doença periodontal, lesões cariosas, raízes residuais e próteses mal adaptadas, portanto, uma vez

finalizado o tratamento, devemos instituir retornos mais frequentes e com intervalos menores de tempo, a fim de acompanhar a evolução do paciente em relação ao controle do biofilme bacteriano, e uma vez notando que ele está conseguindo realizar adequadamente, podemos espaçar as consultas de retorno.

Faça valer a pena

1. O indivíduo sofre mudanças psicológicas e mudanças _____ em sua capacidade em responder a um agente _____, e essas alterações podem acarretar problemas na cavidade bucal. Buscar uma qualidade de vida melhor para o idoso e manter sua saúde é a incumbência dos profissionais da saúde. Com o aumento da _____ da população brasileira, fez-se necessário modificar a abordagem e o perfil do profissional, para diagnosticar e atender o idoso adequadamente e _____ sua terapia de suporte.

Complete a sentença adequadamente.

- a) Emocionais; neurológicas; sofredor; medida; sistematizar.
- b) Fisiológicas; opressor; pressão; capacitar.
- c) Neurológicas; agressor; pressão; capacitar.
- d) Fisiológicas; agressor; longevidade; sistematizar.
- e) Físicas; opressor; medida; capacitar.

2. Um dos fatos a se levar em consideração na preservação da saúde bucal nos idosos é em relação à habilidade motora e psicológica que ele possui para realizar sua higiene, se ele é independente, se tem necessidade de auxílio e acompanhamento ou se é totalmente dependente de outra pessoa.

Em relação à habilidade motora para realizar o controle do biofilme bacteriano, assinale a alternativa correta.

- a) A utilização do fio dental é de fundamental importância para a desorganização do biofilme bacteriano das faces vestibular e lingual.
- b) Para a remoção da saburra lingual, podem ser utilizados os limpadores de língua ou a própria escova dental do paciente.
- c) A soluções de bochecho mais indicadas para indivíduos idosos são as com base alcoólica.
- d) A escova dental indicada para os pacientes idosos são as com cerdas de média dureza e cabeça pequena.

e) Sobre cremes dentais, podemos indicar, para todos os pacientes, um mesmo tipo, pois não faz diferença, uma vez que todas possuem flúor na sua composição.

3. A saúde bucal está intrinsecamente relacionada à saúde como um todo. Os fatores ambientais e os gerais da pessoa podem afetar o sistema estomatognático, e vice-versa. Conhecer esses mecanismos de inter-relação (saúde bucal versus saúde sistêmica) é importante no diagnóstico, no tratamento e na preservação da saúde do idoso.

Sobre a saúde bucal e os fatores que podem afetar o sistema estomatognático, assinale a alternativa correta:

- a) Doenças sistêmicas, como o diabetes, não causam alterações na cavidade bucal.
- b) Para um bom diagnóstico, devemos levar em consideração apenas a queixa principal do indivíduo.
- c) A anamnese deve ser sempre respondida apenas pelo cuidador ou pelo responsável legal do idoso.
- d) Devido ao envelhecimento e à falta de coordenação motora do idosos, de forma geral, devemos motivar que a higiene bucal deva ser realizada o mais precocemente pelo cuidador.
- e) Para o sucesso da preservação da saúde bucal do idoso, devemos levar em consideração os aspectos psicológicos, físicos e emocionais do idoso.

Referências

- BRUNETTI-MONTENEGRO, F. L.; MARCHINI, L. **Odontogeriatrics**: uma visão gerontológica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 360p.
- CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatrics**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004.
- FERNANDES-COSTA, A. N. et al. As principais modificações orais que ocorrem durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 293-300, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/13650/9813>>. Acesso em: 10 fev. 2018.
- FIDEL JÚNIOR, R. A. S.; LOURENÇO, R. A.; FISCHER, R. G. A doença periodontal e o idoso frágil. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 12, n. 1, p. 94-100, 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=>. Acesso em: 10 fev. 2018.
- IRINEU, K. N. et al. Saúde do idoso e o papel do odontólogo: inter-relação entre a condição sistêmica e a saúde bucal. **Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep**, v. 25, n. 2, p. 41-46, 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/Fol/article/viewFile/2338/1619>>. Acesso em: 1º mar. 2018.
- MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. **Abordagem interdisciplinar do idoso**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. 399p.
- MELLO, H. S. A. **Odontogeriatrics**. São Paulo: Editora Santos, 2005. 227p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. 30p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- PATOLOGIA BUCAL E ESTOMATOLOGIA. [s.d.]. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/patologia/lesoes_fundamentais/nodulos/imagem2.php>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- ROCHA, D. A.; MIRANDA, A. F. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 181-189, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a18v16n1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- ROSA, L. B. et al. Odontogeriatrics, a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://download.upf.br/editora/revistas/rfo/13-02/15.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

SANTOS DOMINGOS, P. A. dos et al. Atenção odontológica integral ao idoso: uma abordagem holística. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 143-53, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2011/v23n2/a2262.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018.

SILVA, E. M. M. da et al. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**, v. 2 n. 1, 2005. Disponível em: <www.unesp.br/proex/revista/artigos_pdf/revista_ce_v2n1_revisao24.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

ISBN 978-85-522-0755-9



9 788552 207559 >