



CAALA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA

ZEFERINO ARMANDO KAMBUTA

PLANO DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS À PACIENTES
DIABÉTICOS ASSISTIDOS NA SECÇÃO DE ESTOMATOLOGIA NO
HOSPITAL GERAL DO HUAMBO.

CAÁLA/2023

ZEFERINO ARMANDO KAMBUTA

**PLANO DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS À PACIENTES
DIABÉTICOS ASSISTIDOS NA SECÇÃO DE ESTOMATOLOGIA NO
HOSPITAL GERAL DO HUAMBO.**

Monografia de conclusão do curso apresentado no Instituto Superior Politécnico da Caála, como Requisito Básico para conclusão do curso de Licenciatura em Medicina Dentária.

Orientador: Odair Ethel Enoque Chitangueleca,
Md

Dedico Especialmente este trabalho a minha querida esposa, pelo Amor, conselho e a companhia nesta longa trajetória, e aos meus pais também os dedico com todo orgulho e Amor inexprimível.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar a Deus que fez os céus e a terra, e que me tem ajudado e abençoado nas conquistas ao longo desta caminhada.

Aos meus pais por nunca terem medido esforços para me proporcionar uma formação de qualidade durante este período escolar.

A minha esposa, mãe, amiga, conselheira e boa companheira, pela cumplicidade e paciência durante as fases difíceis que mesmo assim nunca se ausentou do meu lado.

Aos docentes desta Instituição e não só, por contribuírem de forma direta e indireta na minha formação e nesta conquista de título de Licenciado.

A família em geral e a todos os amigos que de uma certa forma contribuíram de várias maneiras na realização deste magno sonho.

Muito Obrigado!

RESUMO

Nesta monografia será debruçado sobre plano de cuidados odontológicos aos pacientes diabético que ocorrem na secção de estomatologia do hospital geral do huambo, o diabetes mellitus constitui um importante problema de saúde pública, envolvendo altos custos destinados ao tratamento dos pacientes. O objetivo do presente estudo é discutir a importância do conhecimento acerca do diabetes mellitus e dos cuidados relativos às intervenções odontológicas em pacientes diabéticos. Foi realizada uma revisão de literatura por meio da busca de artigos nas bases de dados Pubmed/Medline, Lilacs, Scopus e Scielo, publicados entre 2000 e 2015. O cirurgião-dentista deve estar atento a sinais como perda de peso e polifagia, sugestivos de diabetes tipo I, ou ainda hipertensão e obesidade, que sugerem diabetes tipo II. Devem ser avaliados parâmetros clínicos periodontais a exemplo da quantidade de biofilme, sangramento gengival e profundidade de sondagem. No diabetes descompensado, tende a haver complicações como dor e infecções, requerendo o adiamento das sessões clínicas. Recomendam-se consultas no período da manhã, bem como uso racional dos vasoconstritores adrenérgicos. Pacientes submetidos à insulino terapia apresentam suscetibilidade aumentada à hipoglicemia durante procedimentos odontológicos. Pacientes diabéticos, se bem controlados, com intervenção de uma equipe multiprofissional, podem ser tratados com segurança e eficiência. Ressalta-se a importância da anamnese como fonte de informações indispensáveis acerca do paciente, proporcionando um planejamento terapêutico adequado.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus, Assistência Odontológica, Saúde Bucal

ABSTRACT

This monograph will focus on the dental care plan in diabetic patients hospitalized in the maxillofacial section at the general hospital of Huambo, diabetes mellitus is an important public health problem, involving high costs for the treatment of patients. The aim of this study is to discuss the importance of knowledge about diabetes mellitus and care related to dental interventions in diabetic patients. A literature review was carried out by searching for articles in the Pubmed/Medline, Lilacs, Scopus and Scielo databases, published between 2000 and 2015. The dental surgeon must be aware of signs such as weight loss and polyphagia, suggestive of type I diabetes, or even hypertension and obesity, which suggest type II diabetes. Periodontal clinical parameters should be evaluated, such as the amount of biofilm, gingival bleeding and probing depth. In decompensated diabetes, there tends to be complications such as pain and infections, requiring the postponement of clinical sessions. Consultations in the morning are recommended, as well as the rational use of adrenergic vasoconstrictors. Patients undergoing insulin therapy have increased susceptibility to hypoglycemia during dental procedures. Diabetic patients, if well controlled, with the intervention of a multidisciplinary team, can be treated safely and efficiently. The importance of anamnesis is emphasized as a source of indispensable information about the patient, providing adequate therapeutic planning.

Keyword: Diabetes Mellitus, Dental Care, Oral Health

LISTA DE ABREVIATURA

UTIs-Unidades de Terapia Intensiva

DM-diabetes mellitus

OMS – Organização Mundial da Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

AAS – Aspirina

(ANVISA) -Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUS- Sistema Único de Saúde

HGT- Hemoglicoteste

SUMÁRIO

| | |
|--|--------------------------------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA | 10 |
| 1.2 PROBLEMATICA DE PESQUISA | 11 |
| 1.3 OBJETIVO..... | 11 |
| 1.3.1 Geral..... | 11 |
| 1.3.2 Específicos | 11 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO. |
| 2.1 HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR | 12 |
| 2.2 DIABETES MELLITUS (DEFINIÇÕES) | 13 |
| 2.3 CLASSIFICAÇÃO | 14 |
| 2.4 QUADRO CLÍNICO DA DIABETES TIPO 1 E DO TIPO 2..... | 14 |
| 2.5 DIABETES DO TIPO 1..... | 15 |
| 2.6 DIABETES DO TIPO 2..... | 15 |
| 2.7 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONSULTÓRIO | 15 |
| 2.8 ODONTOLOGIA E DIABETES MELLITUS. | 17 |
| 2.9 MANIFESTAÇÕES BUCAIS | 18 |
| 2.10 CONDUTAS PREVENTIVAS EM PACIENTES COM DIABETES MELITUS DM | 19 |
| 2.11 HORÁRIO DAS CONSULTAS..... | 20 |
| 2.12 ANESTÉSICOS LOCAIS EM PACIENTES DIABÉTICOS | 20 |
| 2.13 TRATAMENTO | 21 |
| 2.13.1 Diabetes melítus (DM) Tipo 1: | 21 |
| 2.13.2 Diabetes melítus DM Tipo 2: | 22 |
| 2.14 CONDUTA TERAPÊUTICA: EM PACIENTES COM CHOQUE INSULÍNICO (HIPOGLICEMIA) NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO | 23 |
| 3. METODOLOGIA | 25 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO..... | 25 |
| 3.2 RECOLHA DA INFORMAÇÃO..... | 25 |
| 3.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E IXCLUSÃO | 25 |
| 3.3.1 Critério de inclusão | 25 |
| 3.3.2 Critério de exclusão | 25 |

| | | |
|-----------|-------------------------------------|-----------|
| 3.4 | TIPO DA AMOSTRA..... | 25 |
| 4. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 27 |
| 4.1 | CONSIDERAÇÕES E ÉTICAS | 30 |
| 5. | CONCLUSÃO | 31 |
| | BIBLIOGRAFIA | 32 |
| | ANEXOS..... | 34 |

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia é a área que visa os cuidados de pacientes hospitalizados e não só, suas alterações bucais através de procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, sob a presença de um Cirurgião-dentista capacitado. Tais cuidados ocorrem com o objetivo de melhorar a saúde geral e a qualidade de vida dos enfermos que se encontram internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), as quais são voltadas ao atendimento de pacientes cujo estado exige uma maior assistência, sob a observação contínua dos profissionais (LVS, 2014).

A Odontologia, compreende um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças orofaciais, manifestações bucais de origem sistêmicas ou de sequelas de seus respectivos tratamentos, em pacientes em ambiente hospitalar (internados ou não) ou em assistência domiciliar, inseridas no contexto de atuação da equipe multiprofissional, visando à manutenção da saúde bucal e à melhoria da qualidade de vida. (Andrade, 2014).

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (O.M.S, 1999).

O diabetes mellitus DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009)

1.1 Justificativa

Existem diversas situações clínicas que exigem a presença de um Cirurgião-Dentista de formação clínica nos Hospitais, tanto para pacientes adultos como para pediátricos.

Porque a diabetes melitus quando não é controlado, pode trazer consequências negativas para a visão, rins, coração, nervos e membros inferiores, além de provocar a desidratação e complicações respiratórias.

Neste caso, quando o dentista fazer a cirurgia neste paciente, pode causar vários problemas como: hemorragia, demora da cicatrização, fraqueza etc.

Diabetes melitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina ou incapacidade de insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando a hiperglicemia de forma permanente.

Porque, algumas complicações que os pacientes com diabetes melitus (DM) apresentam no consultorio odontologico, é por falta do plano de cuidados dos mesmos, de maneira tal que pretendo com este estudo desenvolver criá-lo, detalhando as técnicas específicas, para mitigar o contexto anterior exposto.

1.2 Problematica de pesquisa

A falta de um plano de cuidados odontológico, assistencial e de segurança aos pacientes com Diabetes Melitus, está na base da elevada complicações desta comunidade, porque temos muita gente que até aqui ainda não conhecem- se, se são portadores da doença ou não, e isso leva-nos a ter mais cuidados quando estivermos a realizar os serviços odontológicos.

1.3 Objetivo

1.3.1 Geral

Elaborar um plano de cuidado Odontológico em pacientes diabéticos

1.3.2 Específicos

- a) Avaliar a actuação do cirurgião dentista no consultório Odontológico;
- b) Criar um plano odontológico local aos pacientes com diabetes melitus (DM);

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Histórico da odontologia hospitalar

O principal conceito de atendimento Odontológico aos pacientes diabéticos, surgiu em 1901, no Hospital Geral da Filadélfia, que organizou o 1º Departamento de Odontologia, por um Comitê de Serviço Dentário, da Associação Dentária Americana (ADA). Em 1969, essa mesma entidade notou que 34,8% dos hospitais de todo o território norte-americano tinham condições e necessidade de instalar o serviço de tratamento odontológico, pois entendiam que, a implementação de Cirurgiões dentistas no ambiente hospitalar diminuiria os agravamentos de pacientes internados e não só (COF, 2019).

O avanço da Odontologia na América, começou a partir da metade do século XIX, com a dedicação dos pesquisadores Simon Hüllihen e James Garretson, com seus esforços voltados para a obtenção do reconhecimento da área. Logo em seguida, recebeu o apoio da ADA e o respeito da comunidade médica.

Vivenciamos uma era de muitas mudanças na Odontologia, em que devemos olhar o paciente por completo, com avaliação não apenas da boca, mas de seu estado de saúde como um todo, que muitas vezes pode estar em risco pela falta de cuidados no ambiente hospitalar e não só. Apesar de ainda não estar em vigor a norma que exige a presença desses profissionais nas UTIs, ela tende a se fortalecer, pois já se mostra notória a importância desse profissional em ambiente hospitalar ou não, através de estudos científicos (DFC, 2014).

Por exemplo no Brasil, o Projeto de Lei Nº 2.776, aprovado em 2008, determina a obrigatoriedade da presença de um odontólogo na UTI, estipulando que os internados em outras unidades hospitalares e clínicas também devem receber os cuidados de um Cirurgião-dentista. Levando então em consideração que os pacientes em UTI devem receber assistência prestada obrigatoriamente por esse profissional, a Portaria Nº 1.032, de 5 de maio de 2010, incluiu logo em seguida os procedimentos odontológicos na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento às pessoas com necessidades especiais, com a inclusão, nesse grupo, dos pacientes hospitalizados. A partir dessa regulamentação no sistema de implementação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) exige o Cirurgião-dentista na montagem de UTIs em qualquer hospital, seja público, seja privado.

Diabetes mellitus é uma enfermidade crônica de origem endocrinológica e que afeta mais de 170 milhões de pessoas no mundo e possui como principal característica a hiperglicemia. Na Odontologia, alguns estudos mostram que os pacientes diabéticos descompensados reportam algumas alterações na cavidade oral, relacionadas com o estado hiperglicêmico, como por exemplo, xerostomia e hipossalivação, aumento nos índices de cárie e doença periodontal e alteração na reparação tecidual. Com isto, este trabalho tem o objetivo de levar aos cirurgiões dentistas conceitos, características da doença, complicações orais relacionadas com o Diabetes mellitus e algumas opções de terapias para estas complicações orais, como a laserterapia e a terapia fotodinâmica antimicrobiana (Roth J, 2012).

2.2 Diabetes mellitus (definições)

O Diabetes Mellitus é considerado um problema de saúde pública na maioria dos países do mundo. Grande parte dos pacientes diagnóstico confirmado, está à margem do tratamento, portanto, expostos aos riscos do desenvolvimento das complicações da enfermidade. Essas complicações, reconhecidamente, acarretam grande impacto em nossa sociedade em razão da redução promovida na qualidade de vida do paciente, no incremento da incapacitação laborativa provisória ou permanente, na redução significativa da sobrevida e no enorme custo econômico e social decorrente (Oliveira, 2006).

Apresentam-se como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por altas taxas de açúcar no sangue e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, como, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006). A glicose acumula-se na corrente sanguínea e não é disponibilizada para uso intracelular (ALVES, 2006). Perfila-se como uma doença perigosa, figurando entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores (DIABETES, 2001).

2.3 Classificação

A Diabete é classificada em DM tipo 1, DM tipo 2 e Diabetes Gestacional. A DM tipo 1 é resultante de uma deficiência de insulina, causada pela destruição autoimune de células que fazem a produção de insulina no pâncreas.

- a) **Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1):** Quando o corpo não tem a capacidade de produzir insulina suficiente, o paciente insulino dependente e acomete geralmente indivíduos na fase da infância e jovens.
- b) **Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)** acontece devido ao uso ineficaz do organismo em relação a insulina produzida por ele e acomete indivíduos com excesso de peso corporal e pela falta de atividade física. Nas gestantes pode ocorrer a diabetes gestacional, onde ocorre a hiperglicemia com alto valor de glicose no sangue.

É muito mais frequente na população e acomete 90% a 95% dos casos de DM, é assintomático o que pode ocasionar um diagnóstico tardio da doença o que pode levar à maiores complicações. Acarreta principalmente indivíduos com mais de 40 anos com sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, episódios depressivos e também fatores genéticos.

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é mais comumente diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez em graus variáveis de intolerância à glicose, ocorre em 3% a 8% das gestantes e pode ou não permanecer após o parto.

2.4 Quadro clínico da diabetes tipo 1 e do tipo 2

Os sintomas da diabetes podem variar de acordo com o tipo da doença, porém de forma geral os primeiros sinais e sintomas da diabetes são cansaço frequente, muita fome, perda de peso repentina, muita sede, muita vontade de ir ao banheiro e escurecimento de dobras, como a da axila e do pescoço, por exemplo.

Assim que surgirem os primeiros sinais e sintomas de diabetes é recomendado que o clínico geral, endocrinologista ou pediatra, no caso das crianças, seja consultado, pois assim é possível confirmar a diabetes e iniciar o tratamento mais adequado.

2.5 Diabetes do tipo 1

Os principais sintomas de diabetes do tipo 1 são:

- a) Vontade frequente para urinar;
- b) Perda de peso sem causa aparente;
- c) Muito sono;
- d) Coceira;
- e) Fome excessiva;
- f) Muita sede;
- g) Vômito, em alguns casos;
- h) Tontura;
- i) Dificuldade para respirar, em alguns casos.

2.6 Diabetes do tipo 2

Os principais sintomas da diabetes do tipo 2 são:

- a) Sede excessiva;
- b) Boca seca;
- c) Cansaço excessivo;
- d) Fraqueza;
- e) Aumento do apetite;
- f) Urina em excesso e vontade frequente para urinar;
- g) Perda de peso sem causa aparente;
- h) Cicatrização de feridas mais demorada;

Na presença desses sintomas, é importante que o endocrinologista seja consultado para que seja feita uma avaliação, confirmado o diagnóstico e iniciado o tratamento mais adequado.

2.7 Atuação do cirurgião-dentista no consultório

No consultório Odontológico, a participação de profissionais de saúde bucal tem como objetivo colaborar e ajudar na melhora do quadro clínico dos pacientes, o que proporciona mais força e empenho à equipe multidisciplinar.

Os cuidados do Médico odontológico no consultório, mostram uma grande responsabilidade dos enfermeiros com relação aos cuidados diários de higienização oral dos enfermos. Todavia, diante da necessidade de manutenção do quadro estável de saúde do paciente, as equipes de Odontologia e Enfermagem devem estar comprometidas e interligadas nesse processo saúde-doença em cavidade oral. Os atendimentos e acompanhamentos odontológicos têm como principal base a busca pela higiene bucal satisfatória, com o objetivo de reduzir possíveis focos que agravem a saúde geral do enfermo. Através do controle de biofilme dental, prevenção e tratamento de lesões de cárie, controle da doença periodontal, redução de focos de infecção e de lesões de diversas origens, além de outras intercorrências que podem ocorrer durante o tempo de internação, faz-se necessário que o paciente seja tratado de forma completa, o que pode reduzir o tempo de internamento e aumentar a qualidade de vida do mesmo.

O Cirurgião-dentista deve participar das escolhas da equipe multidisciplinar e ser responsável por tomadas de decisões relacionadas às intervenções em cavidade oral, que possam colaborar para o desequilíbrio sistêmico de pacientes vulneráveis.

(Mattevi et al, 2011), relatam, em seu artigo, que a participação do Cirurgião-dentista como membro da equipe multidisciplinar é fundamental, pois, ao pensar em saúde, não se pode dissociar da saúde bucal. Desta maneira, destaca-se que a saúde engloba o conceito como um todo, não apenas de forma fragmentada, pois não se pode separar o indivíduo do sistema completo ao qual ele pertence. Assim, as atividades realizadas por esse profissional são de fundamental importância, porque garantem um cuidado mais integral e minimizam as chances de complicações. Ainda nos tempos de hoje, segundo (Pinheiro, 2014), o protocolo mais utilizado para higienização da cavidade oral ocorre através do treinamento de enfermeiros, pela orientação da realização da higienização mecânica com o uso de escova dental.

A técnica compreende a utilização de escova com cerdas macias e umedecidas em água destilada ou filtrada, com angulação de 45° em direção à coroa dental e o sulco gengival, através de movimentos com ligeiras vibrações nos dentes. Em seguida, inicia-se o movimento de varredura de forma suave e repetida por pelo menos 5 (cinco) vezes, envolvendo 2 (dois) a 3 (três) dentes de forma a desorganizar o biofilme, além da higienização em região de língua e mucosa, através da realização da limpeza com gaze úmida à base de digluconato de clorexidina a 0,12%.

Não se deve esquecer de higienizar próteses com água e sabão ou com dentífrico e escova dental com cerdas média/dura. Em casos de pacientes que façam o uso de próteses parciais removíveis e/ou próteses totais, deve-se verificar a possibilidade de retirada desses instrumentos durante o período de hospitalização, pois são nichos de colonização de microrganismos, além de possíveis causadoras de traumas em pacientes nessas condições.

A clorexidina, até o presente momento, é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Esse agente apresenta boa substantividade, pois se absorve às superfícies orais, com consequente efeito bacteriostático até 12 horas após sua aplicação.

Apesar de existir a vertente que adota o uso da clorexidina a 2%, a concentração atual preconizada é de 0,12%. Em pacientes que conseguem realizar a escovação, utiliza-se a clorexidina sem álcool na forma de bochecho de 12 em 12 horas. Já em pacientes inconscientes e sem possibilidades de realizar sua própria higienização, realiza-se a aplicação com gaze estéril 4 (quatro) vezes ao dia.

2.8 Odontologia e diabetes mellitus.

É fundamental realizar anamnese detalhada e conhecer a condição clínica geral do paciente, comorbidades associadas e os medicamentos para controle das mesmas, com atenção especial ao uso de AAS e anticoagulantes orais, histórico odontológico (presença de doença periodontal persistente, infecções fúngicas e virais oportunistas), atraso de cicatrização de feridas, história familiar e exames laboratoriais recentes.

As manifestações bucais mais frequentes são a doença periodontal, principal responsável pela perda dentária e a xerostomia em virtude da poliúria. A doença periodontal se manifesta de forma avançada e a sua gravidade está relacionada ao grau de descompensação do diabetes mellitus e vice-versa. A descompensação do diabetes mellitus, associada à xerostomia, predispõe ao surgimento de infecções oportunistas como a candidíase e a herpes simples. A síndrome da boca ardente também pode aparecer em pacientes descompensados e está relacionada à presença de xerostomia, candidíase, alterações neurológicas (depressão) e neuropatia.

Atentar para a interação de medicamentos em uso do paciente com outras drogas a serem prescritas, bem como obter todas as informações necessárias sobre o hipoglicemiante em uso, o tipo e intervalos da dieta e o pico de ação da droga com o procedimento odontológico.

A glicemia capilar e a pressão arterial devem ser aferidas no início do atendimento. Pacientes em jejum com glicemia inferior ou igual a 70mg/dl deverão ter seu atendimento adiado, a fim de evitar crise hipoglicêmica. Em casos de intervenção periodontal durante a internação hospitalar, o cirurgião-dentista deve solicitar uma avaliação de risco pré-operatório para pacientes com risco de isquemia (AVC) ou para aqueles que apresentam cardiopatias, neuropatias e insuficiência renal. A avaliação odontológica integrada à equipe multiprofissional dos pacientes hospitalizados é de extrema importância, devido à característica bidirecional da diabetes mellitus e doença periodontal. O tratamento odontológico pode contribuir para o controle da taxa de glicemia, representando uma diminuição das consequências sistêmicas ou bucais da diabetes mellitus e do tempo de internação.

Na primeira consulta odontológica, o cirurgião-dentista deve obter informações a respeito do tipo de DM, tratamentos prévios e medicações utilizadas pelo paciente, bem como classificá-lo de acordo com o grau de risco para os procedimentos clínicos. Também devem ser investigados quadros infecciosos, uso de antibióticos e de outros medicamentos para complicações relacionadas à referida doença.

É importante ressaltar que pacientes submetidos à insulino-terapia apresentam suscetibilidade aumentada à hipoglicemia durante o procedimento odontológico. Adicionalmente, os hipoglicemiantes orais podem sofrer interações medicamentosas com fármacos prescritos pelo cirurgião-dentista.

Nos casos ainda não diagnosticados, o cirurgião-dentista deve estar atento a possíveis sinais e sintomas como perda de peso e polifagia, que são sugestivos de diabetes tipo I, ou ainda hipertensão e obesidade, os quais sugerem diabetes tipo II. No exame intraoral, devem ser avaliados diversos parâmetros periodontais, a exemplo da presença de biofilme e/ou cálculo dentário, sangramento gengival, profundidade de sondagem, recessão gengival, mobilidade dentária, lesões de furca, bem como a presença de cáries, restaurações defeituosas, infecções e hálito cetônico.

2.9 Manifestações bucais

As manifestações bucais do usuário com DM não controlado incluem: queilose, tendência para secura e fissuras na mucosa oral, sensação de ardência (síndrome da ardência bucal), diminuição do fluxo salivar, alteração da flora, maior incidência de cáries, maior prevalência e severidade da doença periodontal, incluindo aumento de sangramento e de

mobilidade dentária (MINAS GERAIS, 2006). Pode ocorrer alteração na erupção padrão dos dentes, isto é, um desenvolvimento dental acelerado, geralmente, em crianças mais jovens, porém atraso no desenvolvimento dental em crianças com idade mais avançada (FERNANDES, 2010).

Outras manifestações também podem estar associadas ao DM, como xerostomia, hipossalivação, glossodínia (Inflamação ou infecção da língua. Provoca inchaço e mudança de cor, além da perda de papilas, causando aparência lisa. Pode ser indolor ou causar desconforto da língua e boca), distúrbios da gustação, infecções, ulcerações na mucosa bucal, hipocalcificação do esmalte, dificuldade de cicatrização, hálito cetônico e líquen plano ((ALVES & TERRA, 2006, 2011), Alguns autores citam um aumento do índice de cárie em pacientes diabéticos, não apenas pelo aumento da glicose da saliva como também pelo aumento do consumo de carboidratos (LI, 2001). Especialmente em crianças, a doença está associada à perda de cálcio pelo organismo, podendo levar a descalcificação óssea alveolar e hipoplasia de esmalte (TERRA, 2011).

2.10 Condutas preventivas em pacientes com diabetes melitus dm

São essenciais, principalmente tendo em vista o aumento do risco de doença periodontal em pacientes diabéticos. Torna-se necessário, portanto, incluir na conduta clínica uma criteriosa avaliação da saúde do periodonto, além de profilaxias frequentes, em associação a orientações de higiene oral. Embora existam vários estudos que apontam esta relação entre a doença periodontal e O diabetes mellitus DM, ainda há um desconhecimento por parte dos indivíduos doentes a respeito da importância de manter a saúde bucal. Alguns estudos apontam que pacientes diabéticos, em comparação a indivíduos saudáveis, têm maiores riscos de desenvolvimento de doenças periodontais, comumente apresentando reabsorção óssea alveolar, inflamação gengival e abscessos do periodonto.

De acordo com Sousa et al. (2003), para a realização de uma consulta adequada, o paciente deve estar com o metabolismo compensado, sob acompanhamento médico regular, com uma boa resposta terapêutica. Nos quadros de diabetes descompensado, tendem a ocorrer complicações que dificultam os procedimentos terapêuticos, a exemplo de dor e infecções, tornando necessário o adiamento das sessões clínicas, até que o quadro metabólico do paciente se estabilize. A ansiedade e o medo dos pacientes devem ser controlados, uma vez que esses sintomas levam à liberação de adrenalina e, por conseguinte, ao aumento da glicemia.

2.11 Horário Das Consultas

O atendimento odontológico aos pacientes diabéticos deve ser adaptado conforme as suas particularidades, levando-se em consideração o horário e o tempo dos procedimentos clínicos. O melhor horário para consultas dos referidos pacientes é no período da manhã, em que a insulina atinge seu nível máximo de secreção. Adicionalmente, durante a manhã, os níveis endógenos de corticosteroides estão mais elevados, permitindo uma maior tolerância do paciente ao aumento da adrenalina e da glicemia, que resultam de situações de estresse. Consultas longas devem ser evitadas, pois podem levar o paciente a quadros de ansiedade. Além disso, o paciente deve alimentar-se normalmente antes das consultas. O cirurgião-dentista deve esclarecê-lo sobre a adequada dieta e higiene bucal, bem como aferir a pressão arterial antes e após as consultas. Nos casos em que o atendimento necessitar de tempo maior que o previsto e o paciente apresentar sinais de hipoglicemia, o cirurgião-dentista deverá interromper o procedimento clínico e oferecer ao paciente algum alimento leve, no intuito de reverter o quadro de hipoglicemia.

2.12 Anestésicos Locais Em Pacientes Diabéticos

A anestesia local define-se como um bloqueio reversível da condução nervosa, que determina a perda das sensações sem alteração do nível de consciência. Um bom anestésico deve possuir baixa toxicidade sistêmica, não irritar os tecidos e não causar lesão permanente às estruturas nervosas. O tempo para início do efeito anestésico deve ser o mais curto possível e a sua ação deve ser reversível, com duração suficiente para a realização do procedimento cirúrgico.

A lidocaína, considerada um anestésico local de curta duração, assim como os anestésicos com longo tempo de atuação, os quais exercem influência sobre a atividade do miocárdio, não devem ser as primeiras escolhas para pacientes diabéticos. De acordo com (Terra., 2011), o anestésico mepivacaína a 3% sem vasoconstritor, bem como a prilocaína associada à felipressina, podem ser administrados em pacientes diabéticos. A felipressina pode ser utilizada com estabilidade em pacientes compensados através de dieta, em pacientes insulino-dependentes ou que fazem uso de medicamentos hipoglicemiantes orais.

Em relação ao uso da epinefrina, conhecimentos atuais mostram que este vasoconstritor exerce um efeito farmacológico oposto ao da insulina, contribuindo para o aumento da glicemia, particularmente em quadros de diabetes descompensado. A administração

de vasoconstrictores do grupo das catecolaminas, a exemplo da epinefrina (adrenalina), norepinefrina (noradrenalina) e levonordefrina (neocoberfina), não é recomendada nestes pacientes até que haja o controle glicêmico. Sendo assim, admite-se o uso desses vasoconstrictores em pacientes com o diabetes controlado, restringindo o uso destes fármacos a 3 a 4 tubetes por sessão.

Nesse contexto, um ensaio clínico controlado randomizado comparou o controle glicêmico em pacientes diabéticos (n = 30) e saudáveis (n = 30) submetidos a exodontias, utilizando solução anestésica local com vasoconstritor (lidocaína a 2% associada à adrenalina a 1:80.000). Em cada participante do estudo, foram mensurados os níveis glicêmicos imediatamente após a administração da solução anestésica, repetindo-se os testes ao término do procedimento cirúrgico. Não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à glicemia. Em contrapartida, episódios de hiperglicemia foram mais frequentes nos diabéticos que não utilizaram hipoglicemiantes antes das cirurgias ($p < 0,05$). Com base nesses achados, os autores enfatizaram a relativa segurança do uso da epinefrina em pacientes saudáveis e em diabéticos sob uso adequado de hipoglicemiantes.

Segundo (Andrade, 2006), em quadros de dor leve a moderada no pós-operatório, pode-se prescrever a dipirona e o paracetamol nas mesmas dosagens e posologias utilizadas em pacientes que se encontram em condições normais. Em situações de edema e dor intensa, as opções mais recomendáveis são os corticosteroides de ação prolongada, tais como a betametasona e a dexametasona, administrados em no máximo duas doses, visto que tais fármacos tendem a aumentar a glicemia.

2.13 Tratamento

2.13.1 Diabetes melitus (DM) Tipo 1:

Os pacientes que apresentam diabetes do Tipo 1 precisam de **injeções diárias de insulina** para manterem a glicose no sangue em valores considerados normais.

Para essa medição, é aconselhável ter em casa um aparelho, chamado glicosímetro, que será capaz de medir a concentração exata de glicose no sangue durante o dia-a-dia do paciente.

Os médicos recomendam que a insulina deva ser aplicada diretamente na camada de células de gordura, logo abaixo da pele. Os melhores locais para a aplicação de insulina são barriga, coxa, braço, região da cintura e glúteo.

Além de prescrever injeções de insulina para baixar o açúcar no sangue, alguns médicos solicitam que o paciente inclua, também, medicamentos via oral em seu tratamento, de acordo com a necessidade de cada caso.

2.13.2 Diabetes melitus DM Tipo 2:

Já para os pacientes que apresentam diabetes Tipo 2, o tratamento consiste em identificar o grau de necessidade de cada pessoa e indicar, conforme cada caso, os seguintes medicamentos/técnicas:

- a) **Inibidores da alfa-glicosidase:** impedem a digestão e absorção de carboidratos no intestino;
- b) **Sulfonilureias:** estimulam a produção pancreática de insulina pelas células;
- c) **Glinidas:** agem também estimulando a produção de insulina pelo pâncreas.

O Diabetes Tipo 2 normalmente vem acompanhado de outros problemas de saúde, como obesidade, sobrepeso, sedentarismo, triglicerídios elevados e **hipertensão**.

Por isso, é essencial manter acompanhamento médico para tratar, também, dessas outras doenças, que podem aparecer junto com o diabetes.

Para tratar o diabetes, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece medicamentos de graça. São seis medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde e liberados nas farmácias credenciadas.

Além disso, os pacientes portadores da doença são acompanhados pela Atenção Básica e a obtenção do medicamento para o tratamento tem sido fundamental para reduzir os desfechos mais graves da doença.

Desta forma, os doentes têm assegurado gratuitamente o tratamento integral no Sistema Único de Saúde, que fornece à população as insulinas humana NPH – suspensão injetável 1 e insulina humana regular, além de outros três medicamentos que ajudam a controlar o índice de glicose no sangue: Glibenclamida, Metformida e Glicazida. (Saúde, 2023).

2.14 Conduta Terapêutica: Em Pacientes Com Choque Insulínico (Hipoglicemia) No Consultório Odontológico

Segundo Guyton e Hall (2011) o choque insulínico resulta do aumento proporcional da insulina em relação à glicose. De acordo com (Pereira, 2001), a hipoglicemia é a queda súbita dos níveis séricos de glicose, podendo ser de origem orgânica ou funcional. Podemos constatar a hipoglicemia quando o valor sanguíneo de glicose estiver abaixo de 40 miligramas por decilitro de sangue, acompanhado de sinais e sintomas característicos.

A crise hipoglicêmica é uma complicação que representa 2,91% das urgências nos consultórios odontológicos, caracterizando-se por sinais e sintomas diversos, a exemplo de palidez, tremores, taquicardia, sudorese, tontura, sonolência, confusão mental, fraqueza, cefaleia e visão turva. Na presença de alguma dessas manifestações, o cirurgião- dentista deve suspender o procedimento e oferecer ao paciente um alimento rico em carboidratos, tal como suco de frutas ou mel. Em seguida, deve monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos, até que haja a sua normalização. Caso não haja recuperação, deve-se acionar o socorro médico, prosseguindo com o monitoramento dos sinais vitais. Diante de quadros de hipoglicemia em que o paciente esteja inconsciente, não se deve utilizar medicações por via oral, sendo recomendável administrar 50 mililitros de solução aquosa de glicose a 50%, por via endovenosa, durante 2 a 3 minutos.

Hiperglicemia é um termo médico que significa glicose alta no sangue. Uma glicose em jejum acima de 100 mg/dL já é considerada alta para pacientes sem diabetes. Ela é o resultado da ausência ou redução da produção de insulina pelo organismo ou da utilização inadequada da insulina pelas células do corpo. É importante lembrar que os níveis glicêmicos também podem estar alterados em situações de estresse associado a doenças, como infecções ou inflamações e ainda a problemas emocionais.

A hiperglicemia pode se manifestar através de sinais e sintomas, tais como: sede, aumento da frequência urinária, fome excessiva, perda de peso e visão borrada. Quando não devidamente tratada, a glicemia alta no sangue pode evoluir para complicações agudas e crônicas. A **cetoacidose diabética** (leia mais no nosso post sobre cetoacidose) é uma complicação aguda, considerada uma emergência médica, cujos sinais e sintomas são: respiração profunda e ofegante, aumento da frequência cardíaca, náusea, vômito, boca muito seca e hálito cetônico.

A síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não-cetótica também é uma complicação aguda e é caracterizada por um estado de hiperglicemia grave (superior a 600 mg/dl a 800 mg/dL) acompanhada de desidratação e alteração do estado mental. Dentre as complicações associadas à hiperglicemia crônica, estão a retinopatia, **neuropatia**, **nefropatia**, cardiopatia e o pé diabético.

O tratamento do diabetes tem como objetivo evitar a hiperglicemia. Converse com o seu médico para estabelecer quais são os valores de glicemia adequados para o seu caso. O tratamento envolve mudança de hábitos de vida como a prática de atividade física regular e dieta. Em alguns casos, medicamentos orais e/ou insulina também são utilizados para o controle dos níveis da glicemia. O esquema terapêutico, as doses e horários de administração de medicamentos são definidos para cada paciente individualmente, de acordo com o tipo de diabetes e padrão de gasto energético. A conscientização dos pacientes em relação às complicações do descontrole dos níveis glicêmicos é fundamental para a adesão ao tratamento.

3. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

3.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo do tipo descritivo e intervencional, alicerçado na pesquisa bibliográfica e de campo, na secção de Estomatologia do Hospital Garal do Huambo.

3.2 Recolha da informação

Este conjunto de obras teórico, será obtido nos portais eletrônicos, tais como: BVS, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google academico e PubMed, bem como, inquérito aplicado aos profissionais de saúde buscando incrementar a litrúcea do autor sobre a diabetes e protocolos inerentes aos mesmos.

3.3 Critério de inclusão e exclusão

3.3.1 Critério de inclusão

Foram incluídos no presente estudo:

Pacientes diabéticos com patologias orais, consultados da secção de estomatologia do Hospital Geral do Huambo.

3.3.2 Critério de exclusão

Foram excluídos do estudo:

Pacientes não diabéticos, consultados no consultório da Secção de estomatologia do Hospital Geral do Huambo.

3.4 Tipo da Amostra

187, pacientes com diabetes mellitus e patologias bucais, que acorrem ao consultório de estomatologia do Hospital Geral do Huambo.

Cronograma

| MESES/ETAPAS | 2022/2023 | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set |
| Escolha do tema | | | | | | | | | | | |
| Levantamento Bibliográfico | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do anteprojecto | | | | | | | | | | | |
| Apresentação do projecto | | | | | | | | | | | |
| Coleta de dados | | | | | | | | | | | |
| Análise dos dados | | | | | | | | | | | |
| Organização do roteiro/partes | | | | | | | | | | | |
| Redação do Trabalho | | | | | | | | | | | |
| Revisão e redação final | | | | | | | | | | | |

Fonte: (Autor, 2023)

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram escolhidas 4050 (Quatro mil e cinquenta) pacientes no consultório da secção de estomatologia no Hospital Geral do Huambo, em função da sua acessibilidade e disposição em colaborar com o estudo, dentre eles 720 são diabéticos, diariamente 8 pacientes são diagnosticados, totalizando por mês 240 pacientes com esta patologia.

O Estudo durou cerca de 3 meses, isto é, de Maio à Julho do ano de 2023 no Hospital Geral do Huambo, na secção de Estomatologia.

Tabela nº 1- Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

| Categoria | Glicemia de jejum | TTG: duas horas após 75 g de glicose | Glicemia casual | Hemoglobina glicada (HbA1C) |
|--------------------------------|--------------------------|---|------------------------------|------------------------------------|
| Glicemia normal | <110 | <140 | <200 | |
| Glicemia alterada | >110 e <126 | | | |
| Tolerância diminuída à glicose | | ≥140 e <200 | | |
| Diabetes mellitus | <126 | ≥ 200 | 200 (com sintomas clássicos) | >6,5% |

Fonte: (Autor, 2023)

Pessoas com hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl, e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), também denominadas de casos de pré-diabetes, pelo seu maior risco de desenvolver a doença, deverão ser orientadas para prevenção do diabetes, o que inclui orientações sobre alimentação saudável e hábitos ativos de vida, bem como reavaliação anual com glicemia de jejum.

Tabela 2: Perguntas e respostas da entrevista.

| Pergunta | Sim | Não | Não Sabe |
|---|------------|------------|-----------------|
| Diabéticos possuem facilidade no acesso ao serviço odontológico? | 27,27 | 72,73 | 0 |
| Conhece porcentagem estimada de diabéticos no território da sua Unidade de Saúde? | 36,36 | 63,64 | 0 |
| Questiona fatores relacionados com diabetes durante anamnese? | 100 | 0 | 0 |
| Costuma solicitar exame HGT antes de procedimentos? | 63,64 | 36,36 | 0 |
| Contata com o médico do paciente diabético? | 90,91 | 9,09 | 0 |
| Sabe identificar uma crise hipoglicêmica? | 81,82 | 18,18 | 0 |
| Sabe identificar uma crise hiperglicêmica? | 18,18 | 18,18 | 0 |
| Sabe como tratar uma crise hipoglicêmica? | 72,73 | 27,27 | 0 |
| Sabe como tratar uma crise hiperglicêmica? | 36,36 | 63,64 | 0 |
| Há cuidado especial ao atender diabéticos controlados? | 9,09 | 90,91 | 0 |
| Há restrição no uso de anestésico com vasoconstritor em diabéticos não controlados? | 45,45 | 45,45 | 9,09 |
| Medicamentos de prescrição odontológica podem alterar a glicemia? | 27,27 | 36,36 | 36,36 |
| O tratamento da doença periodontal auxilia no controle da glicemia? | 72,73 | 18,18 | 9,09 |

Fonte: (Autor, 2023)

Quadro n° 1: Perguntas importantes na anamnese para pacientes que não sabem se possuem DM

- Sente muita sede ou fome?
- Urina muitas vezes ao dia?
- Percebeu perda de peso recentemente?
- Sente cansaço ou fraqueza não associado a atividades físicas?
- Sente coceira no corpo?
- Sente a boca seca?
- Sente dor na boca?
- Possui infecções frequentes?
- Demora muito tempo para que ocorra cicatrização quando se machuca?
- Tem história familiar de diabetes?

Fonte: (Autor, 2023)

Quadro n° 2: Perguntas importantes na anamnese para pacientes portadores de DM

- Há quanto tempo tem diabetes?
- Qual o tipo de diabetes?
- Usa alguma medicação? Qual?
- Já foi hospitalizado (a)?
- Já teve crise hiper ou hipoglicêmica?
- Há quanto tempo consultou com o médico e realizou exames? Resultados.
- Consome bebida alcoólica? Quantidade. - Tem o hábito de fumar? Quantidade.

Fonte: (Autor, 2023)

4.1 Considerações e éticas

Para a realização do presente estudo foi inicialmente submetido o projeto ao Comité de ética em Pesquisa do Instituto Superior Politécnico da Caála para avaliação do mesmo. Após autorização, a instituição onde foi realizado o estudo, foi notificado pelo Instituto para solicitar permissão para a recolha de dados. Aos sujeitos do estudo (médico, enfermeiros e técnicos em enfermagem), foram informados quanto aos objetivos do estudo e a finalidade dos dados. Lhe assegurados anonimato para o início da pesquisa. Os mesmos foram sujeitos assinar um termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Uma das quais ficou em posse do pesquisador, conforme a apêndice.

5. CONCLUSÃO

A partir do estudo percebeu-se a existência de dúvidas em relação ao cuidado do paciente portador de diabetes mellitus (DM) durante atendimento odontológico. A grande demanda desses pacientes na APS e a importância do controle do distúrbio para evitar complicações, morbidades e mortalidades, exigem métodos que favoreçam a aquisição de conhecimento e o atendimento adequado e resolutivo desses pacientes. Sendo assim, para que o cirurgião dentista possa trabalhar de forma mais integrada com toda equipe de saúde, podendo oferecer melhores condições para o cuidado dos pacientes portadores de diabetes mellitus (DM), é preciso que ele esteja atualizado em relação ao distúrbio metabólico, suas conseqüências e necessidades dos seus portadores.

Devido à importância da conservação da saúde oral e o importante papel do cirurgião-dentista na promoção e manutenção do bem-estar e qualidade de vida do paciente portador de diabetes mellitus (DM) considera-se fundamental, incluir no Protocolo de Diagnóstico e Acompanhamento de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Serviços de Atenção Primária à Saúde para os posteriores encaminhamentos ao Cirurgião-Dentista.

BIBLIOGRAFIA

(ALVES, & TERRA. (2006, 2011).

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. (2001).

(2011).

ALFRADIQUE. Protocolo de Diagnóstico e Acompanhamento de Pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, versão 5, Porto Alegre, (2009).

ALVES. 6. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care; Suppl: 33, 1; (2006).

Andrade. Periodontal Disease, Diabetes, and Immune Response: a Review of Current Concepts. Journal West Society Periodontics. 44, n. 3, p. 69-77, 1996. 10. ALVES, C.; ANDION, J.; BRANDÃO, M.; MENEZES, R. Mecanismos Patogênicos da Doença Periodontal Associada ao Diabetes Melito. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica, v. 51, n. 7, p. 1050-1057, (2006).

DFC, B. Periodontal Treatment Could Improve Glycaemic Control in Diabetic Patients. Evidence-Based Dentistry, v. 10, p. 20–21, (2014).

FERNANDES. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação. Sistema de Informações em Saúde do SSC - Indicadores de Saúde. Relatório (2010).

Hall, G. e. (s.d).

LVS, S. (2014).

Mattevi et al. (2011).

O.M.S. (1999).

Oliveira. (2006).

Pereira. (2001).

PHILLIPS. (2008).

Pinheiro. (2014).

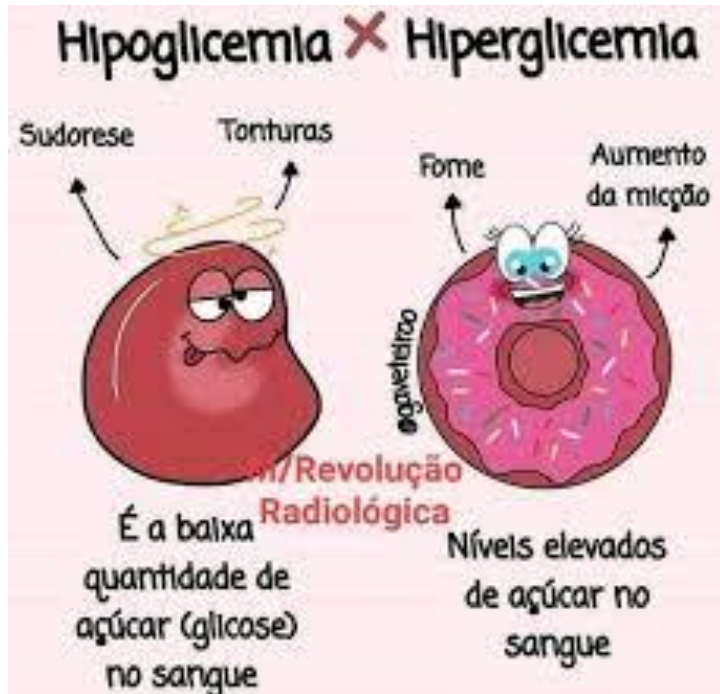
Roth J, P. P. (2012).

TERRA. (2011).

Terra. (2011).

ANEXOS

Comparação entre a Hipoglicemia e Hiperglicemia



Glucômetro

