

CUIDADOS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

FIALHO, Pollyana Gladyna Vieira¹
ARAÚJO, Marcio Antonio Rodrigues^{2*}
ARAÚJO, Patricia Helena Pereira Almeida³

Resumo: Diabetes mellitus é um distúrbio metabólico que resulta da insuficiência absoluta ou relativa de insulina e tem papel relevante como problema de saúde pública mundial. Cerca de 3 a 4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico são diabéticos. A abordagem adequada desses pacientes pelos cirurgiões-dentistas durante o atendimento odontológico é importante para minimizar o risco de complicações. O objetivo deste estudo foi verificar a incidência de pacientes portadores de diabetes mellitus atendidos nas clínicas odontológicas de uma universidade, destacando os cuidados no atendimento odontológico ao paciente portador dessa doença. Foi feita aplicação de um questionário contendo perguntas específicas direcionadas à identificação de diabetes nos pacientes entrevistados. Cerca de 2,7% do total de pacientes entrevistados afirmaram ser portadores de diabetes mellitus, sendo a maioria do sexo feminino e na faixa etária entre 41 e 60 anos de idade. O percentual de pacientes atendidos que apresentam diabetes assemelha-se ao já observado em outros estudos. Assim sendo, o paciente diabético exige atenção especial por parte dos cirurgiões dentistas e cuidados específicos quando prescrever e/ou administrar medicamentos, além de manejo adequado, minimizando assim os riscos de complicações e melhorando sua qualidade de vida.

Descritores: Diabetes Mellitus; Odontologia; Cuidados.

Abstract: Dental care service in the patient with diabetes mellitus. Diabetes mellitus is a metabolic disorder that results from an absolute or relative lack of insulin and plays an important role as a public health problem worldwide. About 3 to 4% of adult patients who undergo dental treatment are diabetics. The proper approach in these patients by dentists for dental care is important to minimize the risk of complications. The aim of this study was to determine the incidence of patients with diabetes mellitus treated in dental clinics of a university, highlighting the care in dental care to patients with this disease. A questionnaire containing specific questions aimed at identifying diabetes patients interviewed. About 2,7% patients reported being diabetes mellitus, mostly female and aged between 41 and 60 years old. The percentage of patients seen who have diabetes resembles to that previously observed in other studies. Thus, the diabetic patient requires special attention from dentists as for specific care when prescribing and / or administering medications, and proper handling, thus minimizing the risk of complications and improving their quality of life.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Dentistry; Dental Care.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus é uma doença metabólica de múltipla etiologia caracterizada por hiperglicemia crônica com comprometimento do metabolismo de lipídios, carboidratos e proteínas resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou de ambos. As consequências a longo prazo do diabetes incluem disfunção, danos e/ou falha de diversos órgãos que podem levar ao desenvolvimento progressivo de complicações crônicas específicas^{14,22,23,28,33}.

Os tipos mais comuns de diabetes são do tipo 1 (também conhecido como insulino-dependente) e tipo 2 (também conhecida

como não-insulino-dependente). O tipo 2 é o mais predominante¹⁷.

O diabetes mellitus tem papel relevante como problema de saúde pública mundial, existindo cerca de 177 milhões de pessoas portadoras dessa patologia e, o mais alarmante segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), é que a projeção desse valor deverá dobrar até 2030¹¹.

No Brasil, em um levantamento durante a Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes, o Ministério da Saúde identificou 2,9 milhões de suspeitos de serem portadores de Diabetes, o que corresponde a 14,66% da população estudada⁹.

¹ Cirurgiã-Dentista.

² Professor Doutor dos cursos de Odontologia e Medicina da Universidade Ceuma – UNICEUMA.

³ Professora Mestre do Curso de Odontologia da Universidade Ceuma – UNICEUMA.

Assim, estima-se que 3 a 4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico são diabéticos, e uma parte significativa deles desconhece ser portador da doença⁴³.

As manifestações mais comuns na cavidade oral do paciente diabético são: xerostomia, ardor e eventual eritema, ulcerações, infecções faríngeas por *Candida albicans*, queilites, líquen plano, tumefação de glândulas salivares, alterações gengivais e periodontais, abscessos e perda óssea alveolar acentuada. Uma taxa aumentada de cárie dentária também pode ser observada no diabetes mal controlado. Por outro lado, os indivíduos com diabetes controlado apresentam resposta tecidual normal, dentição normalmente desenvolvida, defesa normal contra infecções e nenhum aumento na incidência de cárie^{3,12,13,15,39,40,52}.

Estudos clínicos indicam que diabéticos são propensos à doença periodontal mais grave, com perda dentária³⁴⁻³⁵. Também há predisposição a neuropatias que induzem dores orais e faciais crônicas, parestesia, formigamento e queimação⁵⁴.

Ainda, o diabetes mellitus leva a um aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo salivar, os quais são fatores de risco à cárie. A xerostomia está presente em 40% a 60% dos pacientes diabéticos, ocorrendo devido à sialodenoze e hipossalivação que se desenvolve, dentre vários motivos, devido à irrigação e inervação comprometida de glândulas salivares associadas à angiopatia e neuropatia^{1,28}.

Assim sendo, uma vez que o diabetes tem prevalência relevante na população e pode apresentar várias manifestações na cavidade bucal, além de poder interferir no tratamento odontológico, o objetivo deste trabalho é observar a incidência de pacientes portadores de diabetes mellitus atendidos nas Clínicas Odontológicas da Universidade Ceuma - Uniceuma, São Luís – MA, destacando os cuidados no atendimento odontológico ao paciente portador dessa doença.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e exploratório, cujo objetivo é fazer um levantamento sobre a incidência de

diabetes mellitus nos pacientes atendidos nas Clínicas Odontológicas do Uniceuma, em São Luís-Ma.

Os dados obtidos foram coletados utilizando-se um questionário com perguntas específicas, direcionadas à identificação de diabetes nos pacientes entrevistados. Os dados coletados foram arquivados em planilhas do programa Microsoft Excel, posteriormente analisadas e os resultados apresentados em forma de tabelas.

Participaram do estudo, 336 pacientes atendidos no período entre 15 de abril a 14 de maio de 2010. Todos os pacientes foram informados sobre o teor da pesquisa e concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

As variáveis exploratórias consideradas foram: faixa etária, sexo, raça, renda familiar, antecedentes familiares para diabetes entre outras.

Em observância às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atendeu aos seguintes aspectos éticos: concordância da direção da Instituição e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, assegurando-lhes o direito de continuarem ou não a pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu atendimento. Garantiu-se o sigilo absoluto das informações coletadas e anonimato, preservando a imagem e a autoestima dos entrevistados, respeitando-se também a disponibilidade dos mesmos para o momento da entrevista.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos pacientes que participaram da amostra estão apresentadas na Tabela 1. A amostra foi constituída por 336 pacientes, dos quais 69% eram do sexo feminino e 31% do sexo masculino. Em relação à faixa etária foi possível identificar que a maioria (42,5%) estava na faixa etária entre 21 e 40 anos, seguidos por 31,5% entre 41 e 60 anos de idade. Sendo que, quanto à raça na população estudada, foi possível constatar que 67% eram pardos, 22,2% brancos e apenas 9,8% negros. Quanto à renda familiar 42% dos entrevistados se concentrou na faixa de 1 salário mínimo/ mês; 40,5 % entre 2 a 3 salários; 7,7 % em 4 salários e 9,8 % mais de 4 salários.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo as variáveis sócio demográficas (São Luís- MA, 2010).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	232	69
Masculino	104	31
Total		
Faixa etária (em anos)		
< 20	71	21,2
21 – 40	143	42,5
41 – 60	106	31,5
61 - 80	16	4,8
Total		
Raça		
Parda	225	67
Branca	78	22,2
Negra	33	9,8
Total		
Renda Familiar		
≤ 1 salário	141	42
2 – 3 salários	136	40,5
4 salários	26	7,7
≥ 4 salários	33	9,8
Total	336	100

A análise dos dados revelou que 2,7% dos pacientes pesquisados afirmaram ser portadores de diabetes mellitus, sendo que 3,6% não sabiam se apresentavam a doença e 93,8% afirmaram não ser portador dessa enfermidade. A presença de antecedentes familiares para diabetes mellitus foi citada por 47% dos pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes em relação à presença de diabetes e antecedentes familiares com diabetes. (São Luís- MA, 2010).

Variáveis	n	%
Você é diabético?		
Sim	9	2,7
Não	315	93,8
Não Sei	12	3,6
Total		
Antecedentes familiares com diabetes		
Sim	158	47,2
Não	177	52,8
Total	336	100

Entre os pacientes que afirmaram ser portadores de diabetes mellitus, 55,5% eram do sexo feminino, 88,9% estavam entre 41 e 60 anos de idade, e 88,9% pertencentes à raça parda. Em relação à renda familiar, 44,5% apresentavam renda entre 2 e 3 salários mínimos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes portadores de diabetes mellitus em relação ao sexo, faixa etária, raça e renda familiar (São Luís- MA, 2010).

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	5	55,5
Masculino	4	45,5
Total		
Faixa etária (em anos)		
< 20	0	0
21 – 40	1	11,1
41 – 60	8	88,9
61 - 80	0	0
Total		
Raça		
Parda	8	88,9
Branca	1	11,1
Negra	0	0
Total		
Renda Familiar		
≤ 1 salário	3	33,3
2 – 3 salários	4	44,5
4 salários	0	0
≥ 4 salários	2	22,2
Total	9	100

Ainda, dados da pesquisa mostram que 88,9% dos entrevistados fazem dieta ou controle alimentar. Quando indagados quanto ao outro tipo de tratamento 55,5% relaram fazer uso de medicamentos e 44,5% afirmaram fazer outro tipo de tratamento paralelo como o uso de chás e a prática de exercícios físicos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes em relação ao controle do Diabetes (São Luís- MA, 2010).

Variáveis	n	%
Faz acompanhamento médico?		
Sim	9	100
Não	0	0
Total		
Faz dieta ou controle alimentar?		
Sim	8	88,9
Não	1	11,1
Total		
Toma alguma medicação?		
Sim	8	88,9
Não	1	11,1
Total		
Faz uso regular da medicação?		
Sim	8	88,9
Não	1	11,1
Total		
Faz outro tipo de tratamento para diabetes?		
Sim	4	44,5
Não	5	55,5
Total	9	100

Os dados da pesquisa mostraram que 55,5% dos pacientes diabéticos já sofreram alguma cirurgia na cavidade bucal. Nesse contexto, 60% relataram que a cicatrização foi normal e 40% afirmaram ter sido demorada. Cerca de 88,9% dos pacientes diabéticos afirmaram que sempre que vão ao consultório odontológico o cirurgião-dentista pergunta se eles são portadores desta patologia. E apenas 11,1% citaram já ter apresentado alguma complicação (cefaléia) associada ao tratamento (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes diabéticos relacionado às variáveis correspondentes ao atendimento odontológico (São Luís- MA, 2010).

Variáveis	n	%
Já sofreu alguma cirurgia na cavidade bucal?		
Sim	5	55,5
Não	4	44,5
Total		
Como foi a cicatrização?		
Normal	3	60
Demorada	2	40
Total		
Sempre que vai ao consultório odontológico o CD pergunta se é diabético?		
Sim	8	88,9
Não	0	0
Às vezes	1	11,1
Total		
Já sofreu alguma complicação durante o atendimento odontológico?		
Sim	1	11,1
Não	8	88,9
Total	9	100

DISCUSSÃO

O diabetes mellitus é considerado um grave problema de saúde pública, devido ao aumento de sua incidência nas últimas décadas, ocorrendo em cerca de 1 a 2% da população mundial. No Brasil, aproximadamente de 8 a 10 milhões de pessoas são portadoras de diabetes mellitus. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhece o diagnóstico²⁰.

Os resultados do presente estudo mostram que 2,7% dos pacientes pesquisados são portadores de diabetes mellitus, estando muito próximos de estimativas já divulgadas⁴³, e se as-

semelham aos observados em outro estudo em que 1,8% eram portadores em uma amostra de 445 prontuários⁴⁵. Por outro lado, está abaixo do levantamento realizado pelo Sistema de Informações em Saúde do GHC²¹, que apontou cerca de 9% da população atendida.

Quando questionados sobre a presença de antecedentes familiares para diabetes a resposta foi positiva para 47% dos entrevistados. Na pesquisa realizada por Assunção⁷ et al (2001)., a presença de antecedentes foi relatada por 63% dos entrevistados. A importância desta informação está no fato da etiologia do diabetes tipo 2 fundamentar-se na predisposição genética⁴³.

Entre os pacientes que afirmaram ser portador de diabetes mellitus, houve maior prevalência no sexo feminino (55,5%). Este resultado condiz com outro estudo em que a prevalência em mulheres superou a do sexo masculino⁵³. Além disso, o diabetes incide predominantemente na idade adulta, sendo que a maioria dos seus portadores está acima dos 40 anos, que a desenvolveram devido a uma má orientação quanto à prevenção da doença e controle alimentar⁵². Em nosso estudo 88,9% dos pacientes estavam na faixa etária entre 41 e 60 anos. Além disso, todos relataram fazer acompanhamento médico e uso de medicamentos regularmente, e a maioria faz dieta ou controle alimentar. Estes resultados são superiores aos relatados por Saintrain e Lima³⁷ (2008), que em sua pesquisa constataram que 73% dos pacientes diabéticos faziam uso de medicamentos e 72% faziam dieta alimentar.

Assim sendo, o atendimento odontológico deve ser ajustado nos pacientes portadores de diabetes mellitus, considerando alguns aspectos como a duração do atendimento e consulta ao médico do paciente, pois o diabetes determina alterações orgânicas, influenciando os eventos associados à prática odontológica, como ansiedade, dor, sangramento e prescrição de medicamentos, entre outros, necessitando, dessa forma, de um protocolo de atendimento a ser adotado em cada consulta. Além disso, os medicamentos usados para o controle do diabetes habitualmente podem interagir com os utilizados na prática odontológica, determinando reações adversas^{2,55}.

O cirurgião-dentista deve estar atento para suspeitar de diabetes mellitus em um paciente não diagnosticado, devendo durante a anamnese fazer perguntas sobre poliúria, polifagia, polidipsia e sobre a perda de peso. Infecções bucais recorrentes podem indicar diabetes descontrolado e levar ao seu diagnóstico¹⁸. Pacientes que apresentam história de diabetes devem ser encaminhados para avaliação médica e laboratorial, antes de ser iniciado o tratamento odontológico. Ao paciente que se sabe ser portador de diabetes, deve-se indagar sobre o tipo da doença, a terapia que está sendo empregada e a presença de complicações secundárias. É importante que se tenha uma boa história médica do paciente e avalie o controle de glicose no início da consulta. Deve-se questionar ao paciente sobre níveis recentes de glicose sanguínea e sobre a frequência de episódios de hipoglicemia¹. Pacientes sem complicações secundárias podem ser atendidos na clínica odontológica particular. No entanto, pacientes que também apresentem hipertensão arterial, sugere-se o atendimento em hospital ou posto de saúde⁵⁰.

Outro aspecto a ser considerado é a ansiedade e o medo provocados pelo tratamento odontológico. Estes devem ser controlados, pois levam à liberação endógena de adrenalina, que age aumentando a produção do glicogênio hepático, estimulando a secreção de glucagon e causando hiperglicemia. Para evitar esse aumento da glicemia e outras complicações sistêmicas causadas pelo estresse é recomendado o uso de algum método de sedação consciente. A sedação inalatória é uma excelente opção, pois constitui técnica segura e previsível de sedação consciente. Os pacientes diabéticos podem ser beneficiados tanto pela redução da ansiedade quanto pela suplementação de oxigênio que a técnica proporciona^{25,49}. Contudo, tem a desvantagem de ser uma técnica dispendiosa, que necessita de treinamento e licença do profissional para ser aplicada, fazendo com que não seja adotada, ainda, pela grande maioria dos consultórios e clínicas odontológicas. A sedação oral através do uso dos benzodiazepínicos também está indicada com o objetivo de evitar o aumento da glicemia por motivos emocionais¹⁶.

O uso de drogas ansiolíticas não exclui o emprego da tranquilização verbal ou outros métodos de condicionamento psicológico e manejo comportamental do paciente⁴⁶.

A escolha do anestésico local é fundamental para o tratamento do paciente diabético. Os vasoconstritores contendo aminas simpatomiméticas (epinefrina, norepinefrina) normalmente associados aos anestésicos locais podem causar a inibição na secreção de insulina e provocar aumento dos níveis de glicose circulante, levando à complicações nos pacientes diabéticos não compensados. Assim, o uso de aminas simpatomiméticas nesses pacientes tem sido contraindicado. Nos pacientes com diabetes mellitus controlado esses vasoconstritores podem ser usados, restringindo-se o número de tubetes a 2 ou 3 unidades por sessão^{22,44,49}. A mepivacaína 3% sem vasoconstritor pode ser uma opção de anestésico a ser usado em pacientes com diabetes mellitus, bem como o anestésico prilocaína com felipressina⁴⁸. A felipressina pode ser empregada com segurança em pacientes compensados por meio de dieta, em pacientes medicados com hipoglicemiantes orais ou até mesmo em insulínos dependentes^{5,44}.

Nas situações onde a expectativa de dor pós-operatória é de intensidade leve a moderada, a dipirona ou paracetamol são as drogas indicadas, nas mesmas dosagens e posologias habitualmente empregadas em pacientes sob condições normais. Da mesma forma, os corticosteróides de ação prolongada (betametasona ou dexametasona), administrados em uma ou no máximo duas doses, constituem uma boa opção nas intervenções odontológicas mais invasivas, que geralmente são acompanhadas de dor e edema com maior grau de intensidade⁶. Por outro lado, a maior preocupação na prescrição de analgésicos e antiinflamatórios em diabéticos está relacionada às interações medicamentosas. Os hipoglicemiantes orais podem ter seu efeito potencializado pelo uso de drogas que apresentam alto grau de ligação protéica, como os antiinflamatórios não-esteroidais (nimesulida, ibuprofeno, diclofenaco). Estes fármacos deslocam os hipoglicemiantes do seu sítio de ligação, aumentando o efeito hipoglicemiante²⁴.

A terapêutica antimicrobiana para pacientes com bom controle glicêmico é semelhante à de pacientes não-diabéticos, ou seja, só deve ser realizada quando existirem sinais e sintomas sistêmicos de infecção. Nos pacientes com doença mal controlada, mesmo na ausência de sinais de infecção, preconiza-se profilaxia antibiótica nos procedimentos que geram bacteremia significativa. As melhores opções para profilaxia antibiótica são as penicilinas (penicilinas V, ampicilinas ou amoxicilina), em dose única. Para os pacientes alérgicos às penicilinas, pode ser indicado o uso de clindamicina ou azitromicina. Caso seja necessária a prescrição curativa, podem ser usados: penicilinas (amoxicilina, ampicilina), cefalosporinas (cefalexina), macrolídeos (azitromicina, claritromicina) e doxiciclina^{19,32,49}. No caso de infecção dental aguda em pacientes diabéticos não controlados, a utilização do antibiótico deverá se iniciar antes do procedimento invasivo e continuar por vários dias⁴⁴.

A hiperglicemia crônica afeta a síntese, maturação e a manutenção do colágeno e da matriz extracelular. Assim, atividade de collagenase aumentada e a síntese de colágeno diminuída são encontradas nos indivíduos com diabetes mal controlado. Isso dificulta a cicatrização normal do tecido lesado^{4,12}. No paciente diabético não-compensado, a síntese de colágeno é mais lenta, o que significa maior facilidade para deiscência e contaminação de feridas cirúrgicas, causando retardo da reparação²⁵.

A hiperglicemia tem uma influência negativa na formação e remodelamento ósseo, podendo alterar a estabilidade e reduzir a osseointegração dos implantes, em pacientes diabéticos tipo 2²⁹. Assim, embora exista um elevado risco de fracasso em pacientes diabéticos, estudos experimentais têm demonstrado que a otimização do controle glicêmico melhora o grau de osseointegração em implantes, sendo recomendado o bom controle glicêmico no período pré-operatório, a fim de melhorar os índices de manutenção para os implantes em diabéticos e observar se a área receptora apresenta boa quantidade e qualidade óssea^{38,51}.

Pacientes diabéticos controlados não estão contraindicados para receber tratamento ortodôn-

tico, mas uma atenção especial deve ser dada em relação ao controle do diabetes e à doença periodontal, pois mesmo controlados há maior incidência de inflamação gengival⁸. Por outro lado, o tratamento ortodôntico deve ser evitado em pacientes não controlados devido à maior suscetibilidade de destruição periodontal¹⁰. Forças fisiológicas de baixa intensidade devem ser aplicadas em todos os pacientes para evitar a sobrecarga dos dentes³⁰. Por último, deve-se considerar que a microangiopatia relacionada ao diabetes pode afetar o suprimento vascular periférico, resultando em dor de dentes inexplicáveis, sensibilidade à percussão e até mesmo a perda de vitalidade⁸.

As complicações agudas do diabetes mellitus são bastante significativas e devem sempre ser consideradas durante o atendimento odontológico, entre elas está a hipoglicemia e o risco de infecções. A hipoglicemia é caracterizada pelos níveis de glicose no sangue muito abaixo do normal estando relacionada ao jejum ou refeição inadequada, dose excessiva de insulina ou de hipoglicemiantes orais, ingestão de álcool e exercícios prolongados²². Os sinais e sintomas de hipoglicemia descritos são: agitação, tremores, palidez, sudorese, taquicardia, palpitações, fome, cefaléia, dormência ou formigamento da língua, visão borrada ou dupla e confusão mental⁵⁵.

O tratamento para a hipoglicemia depende da gravidade. O paciente consciente deve ingerir o equivalente a 15g de glicose, o que corresponde a: um comprimido de glicose, um sachê de mel ou açúcar, um copo de suco de frutas ou de refrigerante, um copo de sopa rasa de açúcar, duas balas de mel ou três colheres de geléia ou qualquer outro alimento que contenha açúcar. Pode se monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos até normatizar. O paciente inconsciente somente deverá receber por via oral um pouco de açúcar aplicado na bochecha. O tratamento para esses casos é a administração de glicose a 10% por via endovenosa (de 30-50mL)⁵. Se a hipoglicemia foi provocada por doses excessivas de hipoglicemiantes orais ou insulina, após as medidas iniciais o paciente deve ser encaminhado para o serviço de emergência.

Por outro lado, altos índices de glicemia determinam a redução da imunidade celular, aumen-

tando o risco de infecção, principalmente quando há ferimentos ou incisões cirúrgicas na boca. A infecção bacteriana crônica das estruturas periodontais, tem como possível complicação perda do dente afetado. Ocorre com grande frequência em pacientes com diabetes mellitus, sendo até quatro vezes mais frequente do que na população geral. Os pacientes diabéticos têm mais frequência de periodontite agressiva que os não-diabéticos^{26,35,36,42,47}. Estudos recentes sugerem que o tratamento periodontal pode levar a uma melhora do controle glicêmico em pacientes diabéticos tipo 2^{34,56}.

Portanto, é responsabilidade do cirurgião-dentista se preocupar não só com a saúde oral, mas também com as condições sistêmicas do paciente. Para isso, o atendimento odontológico deve ocorrer de forma integral e colaboradora com o controle médico, uma vez que intervenções odontológicas podem repercutir na saúde sistêmica, da mesma forma que alterações sistêmicas podem gerar manifestações orais^{27,31,52}.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados da pesquisa, pode-se observar que 2,7% dos pacientes afirmaram ser portadores de diabetes mellitus, sendo a maioria do sexo feminino e na faixa etária entre 41 e 60 anos de idade.

Assim, os pacientes diabéticos devem ser educados sobre a importância de controlar o açúcar no sangue, sobre a remoção diária do biofilme dentário através da higiene bucal meticulosa, o monitoramento da xerostomia, a cessação do uso do tabaco, atenção à dieta, obtenção de atendimento profissional regular inclusive para fazer limpeza, além de informações de estilo de vida relacionado à saúde bucal nessa população ser essencial.

Dessa forma, o cirurgião-dentista deve estar atento a vários aspectos para poder prestar um atendimento odontológico adequado aos pacientes diabéticos, o que inclui fazer anamnese e exame clínico detalhados; certificar se o paciente está compensado através da solicitação de exames laboratoriais, glicemia em jejum, para verificar se as taxas glicêmicas estão seguras para o atendimento, ou, se possível, aferir o nível de glicose no san-

gue através de aparelhos eletrônicos, antes de cada sessão. Além disso, deve procurar controlar a dor emergencial; evitar o estresse emocional; evitar trauma excessivo em todos os procedimentos invasivos; realizar profilaxia antibiótica em procedimentos invasivos; fazer uso limitado de vasoconstritores adrenérgicos, não ultrapassando as doses máximas permitidas; bem como realizar prevenção e promoção de saúde em todos os pacientes de forma multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar DGA, Carvalho GB, Rodrigues MJ, Bezerra JG, Bandeira F. Atendimento Odontológico ao paciente diabético tipo 1. *Odontologia Clín.-Cientif* 2009; 8: 13-19.
2. Albert DA, Ward A, Allweiss P, Graves DT, Knowler WC, Kunzel C et al. Diabetes and oral disease: implications for health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 2012; 1255: 1-15.
3. Al-Maskari AY, Al-Maskari MY, Al-Sudairy S. Oral Manifestations and Complications of Diabetes Mellitus: a review. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2011; 11: 179-186.
4. Alves C, Andion J, Brandão M, Menezes R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes mellitus. *Arq Bras Metab* 2007; 51: 1050-1057.
5. Alves C, Brandão M, Andion J, Menezes R, Carvalho F. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. *R Cien Méd Biol* 2006; 5: 97-110.
6. Andrade ED. Cuidados com o uso de medicamentos em diabéticos, hipertensos e cardiopatas. *Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas* 2003; 104.
7. Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35: 88-100.

8. Bensch L, Braem M, Van Acker K, Willems G. Orthodontic treatment considerations in patients with diabetes mellitus. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 123: 74-78.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Campanha nacional de detecção de suspeitos de Diabetes Mellitus. Relatório técnico. Brasília: 2001.
10. Burden D, Mullally B, Sandler J. Orthodontic treatment of patients with medical disorders. *Eur J Orthod* 2001; 23:363-372.
11. Campos, AS. Promoção da saúde e prevenção de doenças – São Paulo: Mídia Alternativa ; Santo André, SP: CESCO, 2005.
12. Carranza FA. Periodontia clínica, Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
13. Casqueiro J, Casqueiro J, Alves C. Infections in patients with diabetes mellitus: A review of pathogenesis. *Indian J Endocrinol Metab* 2012; 16(Suppl1): S27–S36.
14. Consenso Brasileiro Sobre Diabetes – CBD. Diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes mellitus tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2002.
15. Daniels TE, Wu AJ. Xerostomia--clinical evaluation and treatment in general practice. *J California Dental Association* 2000; 28: 933-941.
16. Donaldson M, Gizzarelli G, Chanpong G. Oral sedation: a primer on anxiolysis for the adult patient. *Anesthesia Prog* 2007; 54: 118-129.
17. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus *Diabetes Care* 2003; 26 Suppl 1:S5-20.
18. Fiske J. Diabetes mellitus and oral care. *Dent Update* 2004; 31:190-196.
19. Gilowski L, Kondzielnik P, Wiench R, Plocica I, Strojek K, Krzeminski T. Efficacy of short-term adjunctive subantimicrobial dose doxycycline in diabetic patients - randomized study. *Oral Dis* 2012; 18(8): 763-770.
20. Gross JL, Silveiro SP, Camargo JL, Reichelt AJ, Azevedo, MJ. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2002; 46: 16-26.
21. Grupo Hospitalar Conceição, Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação. Sistema de Informações em Saúde do SSC - Indicadores de Saúde. Relatório de 2007.
22. Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. – São Paulo : Editora Santos, 2007. 723p.
23. Kawamura JY, Giovanini AF, Magalhães MHCG. Análises clínica, radiográfica e imunoistoquímica da doença periodontal em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *RPG. Rev Pós Grad* 2005; 12: 301-308.
24. Little JW, Rhodus NL. Pharmacologic management of Type 2 diabetes: A review for dentistry. *General Dentistry* 2007; 55: 564-571.
25. Madeiro AT, Bandeira FG, Figueiredo CRLV. A estreita ligação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. *Odontol Clín- Cientif* 2005; 4: 7-12.
26. Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. *J Periodont* 2006; 77:1289-1303.
27. Moreira ACA, Milanezil A, Okamoto T, Okamoto R, Giroto MA. Consumo de medicamentos pelos pacientes submetidos a procedimentos odontológicos na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Marília (UNIMAR) – SP em 2003. *Rev Odontol UNESP* 2007; 36: 157-162.

28. Negrato CA, Tarzia O. Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetol Metabol Synd* 2010; 2: 1-12.
29. Oates TW, Dowell S, Robinson M, McMahon CA. Glycemic control and implant stabilization in type 2 diabetes mellitus. *J Dent Res* 2009; 88: 367-371.
30. Patel A, Burden DJ, Sandler J. Medical disorders and orthodontics. *J Orthod* 2009; 36:1-21. 2009.
31. Poi WR, Melo MLM, Sonoda CK, Tada JP, Miziara FV. O exame odontológico inicial sob a ótica do paciente. *Rev ABO Nac* 2002; 10:298-304.
32. Prabhu SR. *Medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.221.
33. Prado FC. *Atualização terapêutica: Manual prático de diagnóstico e tratamento – 20. ed.* – São Paulo: Liv. Ed. Artes Médicas, 2001.
34. Preshaw PM, Alba AL, Herera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetol* 2012; 55: 21-31.
35. Rajhans NS, Kohad RM, Chaudhari VG, Mhaske NH. A clinical study of the relationship between diabetes mellitus and periodontal disease. *J Indian Soc Periodontol* 2011; 15: 388-392.
36. Rocha JLL, Baggio HCC, Cunha CA, Niclewicz EA, Leite SAO, Baptista MIDK. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2008; 46: 221-229.
37. Saintrain MVL, Lima PMS. Idoso portador de Diabetes Mellitus: relevância epidemiológica para atenção em odontologia. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2008; 11: 379-389.
38. Sakakura CE, Margonar R, Marcantonio Junior E. A Influência do *Diabetes Mellitus* na Implantodontia - uma Revisão de Literatura. RPE – *Rev Int Periodontol* 2005; 2:29-36.
39. Silva AL, Saintrain MVL. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. *Rev Brasil Epidemiol* 2006; 9: 242-250.
40. Soares MSM, Passos IA, Maia RMF, Costa LJ, Veloso DJ. Saúde bucal e sistêmica em idosos diabéticos. *Rev Odontol Araçatuba* 2005; 26: 51-55.
41. Soares RG, Salles AA, Irala LED, Limongi O. Como escolher um adequado anestésico local para as diferentes situações na clínica odontológica diária? – *Rev Sul-Bras Odontol* 2006; 3: 35-40.
42. Soell M, Hassan M, Miliauskaite A, Haikel Y, Selimovic D. The oral cavity of elderly patients in diabetes. *Diabetes Metabol* 2007; 33:S10-18.
43. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 1996.
44. Sousa RR, Castro RD, Monteiro CH, Silva SC, Nunes AB. O Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2003; 3: 71-77.
45. Souza MO, Perez ARHS, Souza TOF, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS et al. Incidência de alterações sistêmicas e uso de medicamentos em pacientes atendidos em clínica odontológica. *ConSientae Saúde* 2007; 6: 305-311.
46. Surwit RS, van Tilburg MAL, Zucker N, Mccaskill CC, Parech P, Feinglos MN et al. Stress Management Improves Long-Term Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25:30-34.
47. Taylor GW, Manz MC, Borgnakke WS. Diabetes, periodontal diseases, dental caries, and tooth loss: a review of the literature. *Compendium Continuing Education Dentistry* 2004; 25:179-184.

48. Terra BG, Goulart RR, Bavaresco CS. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. Rev APS 2011; 14: 149-161.
49. Tófoli GR, Motta RHL, Ramacciato JC, Groppo FC, Andrede ED, Volpato MC et al. Tratamento Odontológico em Pacientes com Diabetes Mellitus. Rev Assoc Paul Cir Dent 2005; 59: 306-310.
50. Turnbull F, Neal B, Algert C, Chalmers J, Chapman N, Cutler J, et al. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Arch Intern Med 2005; 165:1410-1419.
51. Valero AM, García JCF, Ballester AH, Rueda CL. Effects of diabetes on the osseointegration of dental implants. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12: 38-43.
52. Vasconcelos AML, Oliveira ACG, Coelho BG, Salgueiro CE, Sempio CCM, A Raslan S. Doenças Sistêmicas versus Doenças Gengivais. Revista Inpeo de Odontologia 2008; 2: 1-56.
53. Vasconcelos BCE, Novaes M, Sandrini FAL, Filho AWM; Coimbra LS. Prevalência das alterações da mucosa bucal em pacientes diabéticos: estudo preliminar. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74: 423-428.
54. Vernillo AT. Dental Considerations for the Treatment of Patients with Diabetes Mellitus. JADA 2003; 134:24-33.
55. Wannmacher L, Ferreira MBCF. Farmacologia Clínica para dentistas. – 3 ed. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2007.
56. Wijnand JT, Victor EAG, Bruno GL. Effect of Periodontal Treatment on Glycemic Control of Diabetic Patients: A systematic review and meta-analysis Diabetes Care 2010; 33: 421-427.

***Autor para correspondência:**

Prof. Dr. Marcio Araujo

E-mail: mmantra@ig.com.br