

Filipa Raquel Correia Alves

Pacientes Especiais em Odontopediatria: Proposta de Protocolo

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Filipa Raquel Correia Alves

Pacientes Especiais em Odontopediatria: Proposta de Protocolo

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Filipa Raquel Correia Alves

Pacientes Especiais em Odontopediatria: Proposta de Protocolo

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária

Sumário

Os pacientes com necessidades especiais possuem alterações físicas ou motoras, mentais, orgânicas ou sociais, simples ou complexas, agudas ou crónicas, adquiridas ou de desenvolvimento, que requerem controlo médico especializado e que limitam as acções de cuidados pessoais e as actividades diárias.

O objectivo deste trabalho foi a realização de uma revisão bibliográfica, através da consulta de artigos encontrados no *Pubmed* e na *B-on*, sobre as patologias mais frequentes que afectam a saúde sistémica e oral das crianças e uma proposta de protocolo clínico para o seu adequado atendimento em consultório. As patologias abordadas foram: autismo, asma, síndrome de Down, diabetes, cancro, doenças cardiovasculares, VIH e paralisia cerebral.

Foram apresentadas propostas de protocolos clínicos para estas condições de saúde, tendo todas em comum a importância da história médica, condições e medicações associadas; do contacto entre o médico dentista e o médico assistente da criança, para discutir sobre as opções do plano de tratamento e da prescrição de medicação; e da motivação para a higienização oral em casa, que influencia os resultados, a frequência de consultas e os planos de tratamento.

Concluiu-se que há, na literatura científica actual, uma lacuna a nível de protocolos clínicos de atendimento dentário de pacientes pediátricos especiais, o que fundamenta o propósito deste trabalho de propor protocolos que permitam ao odontopediatra realizar tratamentos eficazes e seguros nestas crianças.

Abstract

Patients with special health care needs have physical or motor changes that can be mental, social or organic, simple or complex, acute or chronic, acquired or developmental, that require specialized medical control and that limit the actions of personal care and daily activities.

The aim of this project was to perform a literature review, by consulting scientific articles found in Pubmed and B-on, on the most frequent pathologies that affect the systemic and oral health of children and to propose clinical protocols for proper attendance at the dental clinic. The diseases discussed were: autism, asthma, Down syndrome, diabetes, cancer, cardiovascular diseases, HIV and cerebral palsy.

Proposals were made for clinical protocols for these health conditions, which have in common the importance of medical history and associated conditions and medication; the importance of contact between the dentist and the child's physician to discuss options for the treatment plan and for prescribing medication; and the importance of motivation for oral hygiene at home, which influences the results, the frequency of consultations and treatment plans.

It was concluded that in the current scientific literature there is a gap of clinical protocols for dental care for pediatric special patients, which supports the purpose of this work to propose protocols that allow the dentist to perform safe and effective treatments in these children.

Dedicatórias

Dedico esta monografia à minha família: Mãe, Pai e Tio. Porque sem a sua força, compreensão e carinho, estes cinco anos de esforço não teriam sentido e muito menos teriam sido possíveis.

Um grande muito obrigada!

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela força e presença constantes nos momentos mais difíceis e por ter permitido a existência de todos aqueles a quem agradeço também!

Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Sandra Faria, cuja paciência, disponibilidade e conhecimentos me guiaram ao longo dos árduos meses em que trabalhei na minha tese. Obrigada pelo sorriso amigo sempre que eu me mostrava atrapalhada e pela sabedoria em conduzir-me sempre para o melhor caminho!

Obrigada, uma vez mais, à minha família, pelos sacrifícios feitos durante todo o meu curso, pelo amor incondicional e pelo orgulho sincero.

E por último, um grande obrigada aos meus amigos, que sempre me apoiaram!

Índice

Índice de quadros	i
Índice de abreviaturas	ii
I – Introdução	1
II – Desenvolvimento	3
1 – Materiais e Métodos.....	3
2 – Pacientes com Necessidades Especiais	4
3 – Directrizes comuns a todos os protocolos clínicos para Pacientes Especiais	6
i – Marcação de consultas e acções prévias à primeira consulta	7
a. Aversões.....	8
ii – Consulta do médico assistente responsável.....	9
iii – Primeira consulta e Avaliação do Paciente	9
a. Prescrição de radiografias orais	10
iv – Comunicação com o paciente	11
a. Comunicar através do “Dizer-Mostrar-Fazer”	11
v – Consentimento informado	12
vi – Controlo de comportamento	12
a. Técnicas básicas de controlo de comportamento	12
a.1. Controlo psicológico	12
b. Técnicas avançadas de controlo de comportamento	13
b.1. Controlo físico	13
b.2. Sedação	14
b.3. Anestesia geral	14
vii – Estratégias preventivas	15
viii – Consultas de controlo	16
ix – Referenciar pacientes	16
4 – Autismo	16
i – Características importantes para a Medicina Dentária	17
ii – Condições orais associadas	19
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com autismo	20
5 – Asma	21
i – Características importantes para a Medicina Dentária	22

a. Impacto do stress emocional na asma	23
b. Controlo medicamentoso da asma	24
ii – Condições orais associadas	24
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos asmáticos	25
6 – Síndrome de Down	27
i – Características importantes para a Medicina Dentária	28
ii – Condições orais associadas.....	29
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com SD.....	30
7 – Diabetes Mellitus	31
i – Características importantes para a Medicina Dentária	32
ii – Condições orais associadas.....	33
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com Diabetes.....	34
8 – Cancro	35
i – Características importantes para a Medicina Dentária	36
ii – Condições orais associadas.....	37
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos oncológicos	38
a. Antes do tratamento oncológico.....	38
b. Durante o tratamento oncológico	38
c. Após o tratamento oncológico	39
9 – Doenças Cardiovasculares	39
i – Características importantes para a Medicina Dentária	40
ii – Condições orais associadas.....	41
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com DC	41
10 – Virus da Imunodeficiência Humana (VIH)	43
i – Características importantes para a Medicina Dentária	43
ii – Condições orais associadas.....	44
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos infectados por VIH.....	45

11 – Paralisia Cerebral	46
i – Características importantes para a Medicina Dentária	47
ii – Condições orais associadas.....	47
iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com PC.....	48
III – Conclusão	50
IV – Bibliografia	52
V – Anexos	60
ANEXO 1 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Autismo	61
ANEXO 2 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Asma.....	66
ANEXO 3 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Síndrome de Down	70
ANEXO 4 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Diabetes Mellitus.....	73
ANEXO 5 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Cancro.....	76
ANEXO 6 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Doenças Cardiovasculares.....	80
ANEXO 7 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos infectados com VIH.....	84
ANEXO 8 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes Pediátricos com Paralisia Cerebral.....	87

Índice de Quadros

Quadro 1 – adaptação do guia <i>Oral Health Care for Children With Special Health Care Needs</i> , quanto às estratégias de tratamento a adoptar perante aversões orais (Floyd <i>et al.</i> , 2008).	8
--	---

Índice de Abreviaturas

AAPD: *American Academy of Pediatric Dentistry*

SD: Síndrome de Down

DM: Diabetes Mellitus

DC: Doenças Cardiovasculares

DCC: Doenças Cardíacas Congénitas

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PC: Paralisia Cerebral

I – Introdução

Segundo a *American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)*, pacientes com necessidades de cuidados de saúde especiais definem-se como aqueles que possuem incapacidades físicas, de desenvolvimento mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional ou uma condição limitante que requer controlo médico, intervenção de serviços de saúde e/ou uso de serviços ou programas especializados. Ainda segundo a mesma academia, a condição pode ser adquirida ou de desenvolvimento e pode causar limitações nas acções de cuidados pessoais ou mesmo limitações substanciais em actividades cruciais do dia-a-dia. Os cuidados de saúde para crianças com necessidades especiais requerem um conhecimento especializado, cuidados redobrados e atenção, adaptação e medidas de integração para além do que é considerado rotina (Council on Clinical Affairs, 2008).

Deste modo, este grupo populacional apresenta-se com um conjunto inusual e complexo de problemas de saúde e atrasos de desenvolvimento, que complicam os exames dentários necessários. Os problemas de comportamento das crianças, inerentes à sua condição médica, interferem com o exame, devido a falhas de comunicação, incapacidade de seguir indicações, respostas sensoriais pouco usuais e inabilidade de aprendizagem ou generalização da informação devido às incapacidades intelectuais (Charles, 2010). Assim sendo, e segundo o *National Maternal and Child Oral Health Resource Center*, citado por Charles (2010), estas crianças apresentam duas vezes mais risco de cuidados orais insatisfatórios do que as crianças que não apresentam necessidades especiais.

Para isto contribui o facto de que os profissionais dentários preferem não tratar estes pacientes nas suas clínicas devido à falta de familiaridade para com este grupo populacional. Os médicos dentistas tanto podem não se sentir confortáveis a providenciar tratamento sem nunca terem tido interacção com pacientes com necessidades especiais, como podem ainda pensar que é necessário equipamento dentário especializado para providenciar o tratamento adequado (Sigal, 2009).

No entanto, nos últimos 20 anos, tanto a quantidade absoluta como relativa de crianças com necessidades especiais, na sociedade, aumentou, apesar dos progressos nas técnicas de diagnóstico pré-natal e das melhorias na identificação pré-natal de anomalias congénitas (Becker, Chaushu e Shapira, 2004). Acrescentando a isso, a demanda por tratamentos dentários por parte deste grupo populacional está inclinada a aumentar nos próximos anos devido, também, à tendência para a desinstitucionalização e integração das pessoas com necessidades especiais na comunidade. Consequentemente, os médicos dentistas irão ser confrontados com um número crescente de pacientes medicamente comprometidos com deficiências físicas e cognitivas (Sigal, 2009).

A motivação subjacente à escolha deste tema para dissertação prende-se com o meu gosto pela Odontopediatria, sendo que a aplicação das técnicas e protocolos clínicos no ambiente do consultório no atendimento de crianças com necessidades especiais não me era muito familiar. Deste modo, a preocupação com a possibilidade de ter de lidar com pacientes destes no meu próprio consultório, no futuro, aumentou o meu interesse pela pesquisa das características, físicas e mentais, destas crianças, e como estas influenciam a prática dentária.

O objectivo deste trabalho é, portanto, a realização de uma revisão bibliográfica direccionada para as patologias mais frequentes, congénitas ou adquiridas, que podem afectar a saúde das crianças e, directa ou indirectamente, influenciar a sua saúde oral. As patologias que serão abordadas constituirão: autismo, asma, síndrome de Down, diabetes, cancro, doenças cardiovasculares, infecção pelo VIH e paralisia cerebral. Propõe-se, desta forma, um protocolo clínico para o seu adequado atendimento em consultório, de modo a tornar as visitas dentárias eficazes, agradáveis e simplificadas, tanto para o paciente especial como para o profissional dentário.

Materiais e métodos: Foram utilizados os motores de busca *Pubmed*, e a *B-on*, tendo-se consultado, neste último, arquivos pertencentes a revistas electrónicas, para realizar a recolha de artigos. Foram também consultados livros pertencentes à Biblioteca da Faculdade de Ciências da Universidade Fernando Pessoa. A pesquisa foi realizada no período de Outubro de 2011 a Março de 2012, tendo sido recolhidos cerca de cem artigos, publicados entre 1997 e 2011, dos quais foram seleccionados setenta.

II – Desenvolvimento

1 – Materiais e Métodos

Foi utilizado o motor de busca *Pubmed* para realizar a recolha de artigos. Para tal, acedeu-se, no primeiro meio referido, ao *MeSH Database* e colocou-se no motor de busca determinadas expressões relacionadas com Pacientes com Necessidades Especiais, todas elas confrontadas com as mesmas palavras-chave de base: “*Child*”, “*Dental Care*” e “*Dental Care for Children*”. As expressões cruzadas com as anteriores foram: “*Child Development Disorders, Pervasive*”, “*Down Syndrome*”, “*Autistic Disorder*”, “*Asthma*”, “*Heart Diseases, congenital, and functional heart disease*”, “*Heart Defects, Congenital*”, “*Acquired Immunodeficiency Syndrome*” e “*Leukemia*”. Na própria página principal do *Pubmed* foram inseridas expressões como “*Guidelines for management of children with special health care needs*”, para além de outras expressões supracitadas.

Foi também acedida a página oficial de Internet pertencente à *AAPD*, de onde foram retirados diversos protocolos e artigos subjacentes ao tema da monografia. Outros sites acedidos corresponderam a endereços de revistas electrónicas disponíveis na *B-on*, como a “*Oral Surgery, oral Medicine, oral Pathology, oral Radiology and Endodontology*” ou a “*Journal of Dentistry for Children*”, nas quais foram inseridas expressões como “*Patients with special needs*”, bem como as palavras referidas anteriormente. Para além disso, foram consultados livros pertencentes à Biblioteca da Faculdade de Ciências da Universidade Fernando Pessoa.

A pesquisa foi realizada no período de Outubro de 2011 a Março de 2012, inclusive, tendo sido recolhidos cerca de cem artigos, publicados entre 1997 e 2011, dos quais foram seleccionados setenta.

2 – Pacientes com Necessidades Especiais

Crianças com necessidades de tratamento especiais são aquelas com condições crônicas físicas, de desenvolvimento, comportamentais ou emocionais, que necessitam de serviços de cuidados de saúde para além dos providenciados aos pacientes infantis em geral. São exemplo os indivíduos com atraso mental, paralisia cerebral, autismo, síndrome de Down ou medicamente comprometidos, pacientes de alto risco que requerem atenção especial (Becker, Chaushu e Shapira, 2004) (Iida *et al.*, 2010).

Estes pacientes têm uma maior incidência de doenças orais, como crescimentos gengivais excessivos pela medicação, como as hidantoínas, infecções e inflamações crônicas, extracções sistemáticas ao invés de tratamentos conservadores, levando a pacientes jovens parcial ou totalmente edêntulos, com restrições quanto ao uso de próteses por potenciais riscos, má oclusão, oclusão traumática ou bruxismo, com desgaste dentário e hipersensibilidade. É frequente a higiene oral ser fraca, com elevados níveis de placa e gengivite, cálculos em idades precoces, intensa halitose e restos alimentares nos dentes e mucosas, pela dieta mole e cariogénica (Hernández, 2007).

Segundo Kaye, citado por Oliveira *et al.* (2008), “*A saúde bucal representa um aspecto importante para a inclusão social de pessoas com deficiência*”. É raro que as patologias orais ou as malformações orofaciais culminem na morte dos acometidos, mas provocam situações de dor, infecções, perturbações respiratórias e complicações mastigatórias. Oliveira *et al.* (2008) acrescenta que “*(...) características como mau hálito, dentes mal posicionados, traumatismos, sangramento gengival, hábito de ficar com a boca aberta e o acto de babar podem mobilizar sentimentos de compaixão, repulsa e/ou preconceito, acentuando atitudes de rejeição social*”.

Segundo a AAPD, as doenças orais podem ter um impacto na qualidade de vida das crianças com condições médicas limitantes, estando mais vulneráveis aos seus efeitos como no caso de um sistema imunitário comprometido ou de doenças cardíacas, embora possam estar mais propensas à falta de saúde oral pelas suas deficiências físicas, mentais ou de desenvolvimento as impedirem de assumir a responsabilidade pela

própria higienização oral ou de colaborarem na mesma. Os problemas dentários podem advir de dietas especiais, medicações crônicas e lesões auto-infligidas (Council on Clinical Affairs, 2008-2009) (Charles, 2010).

Uma das principais necessidades de saúde não satisfeitas nos pacientes especiais é o tratamento dentário, sendo que esta população sofre em grande medida de doenças orais, incluindo cáries e doença periodontal. Alguns dos impedimentos de cuidados orais nas crianças com necessidades especiais são as prioridades e atitudes dos pais ou encarregados, pois estes e os médicos do paciente ignoraram ou desvalorizam as consultas dentárias, limitando a procura de meios preventivos de cuidados de saúde oral. Para além disso, estas crianças apresentam maior ansiedade num consultório dentário, do que as crianças sem deficiências, um impacto negativo na frequência de visitas dentárias e na saúde oral (Council on Clinical Affairs, 2008-2009) (Sigal, 2009).

As lesões orais são progressivas e cumulativas, pelo que ignorá-las pode levar a situações de dor e sofrimento desnecessários, infecções, perda de capacidade de funcionamento do órgão afectado, aumento dos custos com os cuidados de saúde e consequências a longo prazo em ambientes educacionais, sociais e de entretenimento, daí que os adolescentes com necessidades especiais devam beneficiar de cuidados de saúde oral preventivos e terapêuticos que contribuam para o seu óptimo estado de saúde e bem-estar (Sigal, 2009) (Council on Clinical Affairs, 2008).

Estes pacientes estão cada vez mais presentes na prática diária do médico dentista, pelo aumento da esperança média de vida, apesar de os profissionais ainda encontrarem dificuldades em atendê-los, pois exigem alterações ergonómicas adequadas às suas limitações, como: aumento da largura das portas, corrimões de apoio à locomoção, rampas de acesso para cadeiras de rodas, consultórios andares térreos ou em edifícios com elevadores. Exigem, também, qualificação da parte do odontopediatra, que deve complementar os seus conhecimentos com outras disciplinas, como a Psicologia, embora a sua falta de capacidade e a falta de colaboração por parte das crianças, criando uma barreira no relacionamento profissional/paciente, não justifique os procedimentos serem menos eficazes ou de pior qualidade (Silva *et al.*, 2005).

Não se deve negligenciar, também, os pais ou encarregados da criança, conhecendo as ansiedades, atitudes e angústias da família, pelas mudanças no seu modo de vida, que inculcam nos pais uma necessidade de exagerada protecção dos filhos, gerando uma recusa dos procedimentos dentários, tidos como nefastos para o bem-estar psicológico e físico da criança. Deve ser mantido um relacionamento positivo com estes familiares, pois os procedimentos dentários, não diferindo dos realizados em pacientes sem deficiências ou limitações, acarretam diferenças quanto ao tipo de controlo comportamental da criança, que pode passar por métodos físicos ou farmacológicos de contenção, incluindo, até, sedação ou anestesia geral; assim, os pais devem estar sempre informados de tais técnicas, mesmo que à partida sejam consideradas agressivas, de modo a compreenderem que se trata de um modo de possibilitar um decorrer tranquilo do tratamento, permitindo aumentar a eficácia do mesmo (Silva *et al.*, 2005).

3 – Directrizes comuns a todos os protocolos clínicos para Pacientes Especiais

Sendo as deficiências de desenvolvimento progressivas e crónicas, mantendo-se durante toda a vida, estabelecer uma boa saúde oral na infância é importante para assegurar o conforto e a cooperação ao longo da vida (Floyd *et al.*, 2008). Assim sendo, a profilaxia das doenças orais, segundo Elias (1995), nestes pacientes, é das funções mais importantes da equipa dentária. Deve centrar-se, sumariamente, em: instruções de higiene oral diária; recomendações de uma dieta nutritiva baseada em níveis baixos de hidratos de carbono; prescrição de flúor tópico adequado, sendo que é necessário informação, em primeiro lugar, sobre a ingestão de água fluoretada; implementação de profilaxia adequada que permita eliminar o traumatismo oral e visitas de controlo periódicas para a realização de exames e prevenção.

Assim sendo, providenciar cuidados de saúde oral a crianças com necessidades especiais deve seguir os mesmos padrões que a prática em crianças sem limitações, embora as consultas possam ser mais frequentes, requerer mais tempo, mais pessoal assistente ou necessitar de adaptações do equipamento ou dos procedimentos. No entanto, o protocolo base manter-se-á semelhante ao protocolo rotineiro usado para todas as crianças. Algumas recomendações, adaptadas da AAPD, indicam quais as directrizes principais comuns a todos os protocolos seguidos para crianças com

necessidades especiais, apresentadas a seguir (Council on Clinical Affairs, 2008-2009). (Floyd *et al.*, 2008).

i – Marcação das consultas e acções prévias à primeira consulta

O primeiro contacto do paciente ou do encarregado com a clínica dentária, geralmente por via telefónica, permite conhecer as necessidades primárias de cuidados orais por parte da criança, devendo ser questionado o nome, idade e principal queixa desta e determinada a presença e a natureza de uma condição de necessidade especial, obtendo-se o contacto do médico assistente. Isto permite conhecer a história médica da criança, a sua habilidade para cooperar e problemas comportamentais que a indiquem como combativa, permitindo prever como decorrerá a consulta (Council on Clinical Affairs, 2008-2009) (Floyd *et al.*, 2008).

O médico dentista pode enviar à família questionários, a preencher antes da primeira consulta com a informação necessária, sem submeter a criança ansiosa e a família ao interrogatório na sala de espera ou no consultório. Deve decidir-se a necessidade de uma consulta mais prolongada e da presença de mais assistentes, para uma recepção mais efectiva e eficiente do paciente, documentando-se as decisões, para que a equipa esteja preparada para o paciente, a cada visita, pois, citando Floyd *et al.* (2008), “*Consistency and routine are also important factors in dealing with children*”, podendo manter-se os mesmos membros da equipa que trabalha com a criança e o uso da mesma cadeira dentária, a cada visita (Floyd *et al.*, 2008).

É possível a dessensibilização da criança especial em casa, para o cuidado oral começar a fazer parte do dia-a-dia, podendo praticar-se uma das posições mais comuns de atendimento dentário de crianças pequenas: de colo a colo. Nesta, o familiar segura a criança de modo a esta o olhar de frente, com a cabeça sobre o colo do profissional dentário. Praticada em casa, esta técnica irá ser melhor aceite quando executada no consultório. Em casa podem ainda ser usados livros de figuras para criança compreender o que irá ocorrer aquando do atendimento dentário (Floyd *et al.*, 2008).

a. Aversões

Crianças que tenham sofrido traumas relacionados com a cavidade oral podem desenvolver aversões ao toque ou recusa em serem examinadas pela equipa dentária, diminuindo a eficácia das consultas e da higienização oral; daí a relevância das entrevistas prévias, que permitem conhecer estas aversões e planear a melhor abordagem à criança, garantindo a sua colaboração. Deve ser permitido à criança manter consigo itens que lhe tragam conforto e calma, como peluches ou lenços e, sempre que possível, devem ser elogiados os esforços de bom comportamento (Floyd *et al.*, 2008).

Apresenta-se, a seguir, um quadro adaptado do guia de *Oral Health Care for Children With Special Health Care Needs*, que resume quais as acções a tomar tendo em vista o nível de aversão da criança especial.

Problemas Físicos ou Comportamentais	Estratégias de Tratamento
Medo/Ansiedade Aversões Oraís Leves	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar a técnica do dizer-mostrar-fazer; • Iniciar o exame oral com algo que seja familiar à criança, como uma escova de dentes ou os dedos; • Utilizar lentamente os instrumentos na cavidade oral e evitar movimentos súbitos ou sons elevados; • Permitir que a criança segure nos instrumentos considerados seguros.
Aversões Oraís Moderadas	<ul style="list-style-type: none"> • Marcar várias consultas que permitam à criança ambientar-se com o consultório dentário; • Sedação.
Aversões Oraís Severas	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia geral.
Aversão ao toque	<ul style="list-style-type: none"> • A criança ou o profissional dentário podem escolher manter-se de pé durante a consulta; • Permitir à criança sentar-se ou apear-se da cadeira sem assistência; • Iniciar lentamente e evitar tocar na criança sempre que possível; • Utilizar a técnica do dizer-mostrar-fazer; • Pedir permissão para os procedimentos; • Diminuir tanto quanto possível as luzes e sons para evitar estímulos exagerados.

Quadro 1 – adaptação do guia *Oral Health Care for Children With Special Health Care Needs*, quanto às estratégias de tratamento a adoptar perante aversões orais (Floyd *et al.*, 2008).

ii – Consulta do médico assistente responsável

No caso de a criança consultar vários especialistas, o profissional dentário deve ter uma lista de contactos dos mesmos, para coordenar o tratamento através da consulta destes, pedindo-lhes informações, se necessário, sobre medicação, alergias, sedação, anestesia geral e restrições especiais relativas à condição médica do paciente, com o objectivo de executar o melhor tratamento dentário possível. Quando apropriado, os médicos assistentes podem ser informados sobre os problemas orais do paciente e qual o plano de tratamento a ser seguido (Floyd *et al.*, 2008).

iii – Primeira consulta e Avaliação do Paciente

A fase inicial da primeira consulta do paciente especial passa por definir objectivos, podendo ter de ser realizadas várias consultas para familiarizar a criança com o consultório dentário. Para um paciente infantil muito ansioso, com um comportamento de recusa, combativo ou de aversão ao atendimento dentário, o sucesso da primeira consulta pode ser, apenas, chegar ao consultório, apresentar o profissional dentário e sentar a criança na cadeira dentária. Assim, evita-se forçar a criança, criando uma relação de confiança e um bom tratamento dentário. É, ainda, recomendada a manutenção de um registo de pormenores que tornem o ambiente confortável e aceitável para cada doente, individualmente (Floyd *et al.*, 2008).

A ansiedade da criança especial deve-se ao medo do desconhecido, à repetição de uma situação traumática ou ao desejo de ser atendido o mais rapidamente possível. Por parte do profissional dentário, a ansiedade deve-se à tensão e expectativa de que a consulta seja um sucesso, para obtenção da confiança do paciente, para além do facto de que atender pacientes especiais acarreta responsabilidades, na preparação deste e no procedimento operatório em si. O odontopediatra deve considerar a duração das consultas, evitando cansar o paciente e facilitando a adaptação deste ao consultório (Elias, 1995) (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

A história médica actual do paciente é essencial para diminuição dos riscos do tratamento, permitindo um diagnóstico correcto e um plano de tratamento efectivo; esta

história deve ser revista e actualizada a cada visita e baseia-se na informação sobre a queixa principal, a história da doença presente ou de condições médicas actuais, os médicos assistentes que acompanham essa condição, as hospitalizações ou cirurgias a que a criança já foi sujeita, experiências prévias com procedimentos que tenham requerido anestésias, medicações correntes, alergias ou sensibilidades, estado de imunização, revisão de sistemas, histórias médicas familiares relevantes e a história dentária do paciente até ao momento (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Nunca é demais enfatizar o quão importante é para o médico dentista conhecer o seu paciente, assim como o comportamento a esperar deste durante os procedimentos odontológicos. Devem ser realizados exames minuciosos e completos da cabeça, pescoço e cavidade oral, devendo-se registar a avaliação do risco de cárie periodicamente, para avaliar, ao longo do tempo, a variação do risco individual. Um plano de tratamento personalizado e individualizado deve ser feito, incluindo uma calendarização de visitas periódicas de controlo (Elias, 1995) (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

a. Prescrição de radiografias orais

Segundo a *AAPD*, as radiografias são auxiliares relevantes para avaliação da saúde oral, no diagnóstico de patologias orais e na monitorização do desenvolvimento dentofacial e do progresso dos tratamentos. A altura ideal para a realização do exame radiográfico não se baseia na idade do paciente, mas nas circunstâncias específicas e individuais de cada criança, após avaliação da história médica e dentária do paciente (Council on Clinical Affairs, 2009).

O exame radiográfico deve ser efectuado quando há certeza da sua importância no diagnóstico, sob pena de pôr em causa a eficácia do tratamento, embora possam gerar-se circunstâncias em que não se pode obter a imagem, pela incapacidade da criança especial para colaborar com a estabilização e imobilização que a técnica exige. Nestes casos, deve conferenciar-se com os pais para determinar os métodos de controlo mais apropriados, como intervenções preventivas ou restauradoras, controlo de comportamento avançado, entre outros (Council on Clinical Affairs, 2009).

Deve-se minimizar a exposição do paciente à radiação, pelos efeitos cumulativos ao longo do tempo, constituindo boa prática radiológica o uso de protectores da tiróide ou aventais de chumbo, películas radiográficas de alta velocidade e colimação dos raios. O profissional dentário tem o dever de pesar os benefícios do exame radiográfico contra o risco de exposição da criança (Council on Clinical Affairs, 2009).

iv – Comunicação com o paciente

Para estabelecer uma boa comunicação, deve realizar-se uma avaliação do estado mental do paciente e do grau de funcionamento intelectual do mesmo, informações que fornecidas pelos pais ou encarregados, previamente à consulta, pois, citando Floyd *et al.* (2008), “*it is important for the dental staff to know the child’s level of understanding*”.

O profissional dentário deve dirigir a comunicação directamente ao paciente, num tom amigável, calmo e sorridente, mantido mesmo que haja resistência ao tratamento, pois a criança pode agir assim por medo e não por estar a desafiar o médico dentista. As indicações devem ser simples, directas e repetidas várias vezes, para evitar problemas de memória; em resposta, mesmo que não comunique verbalmente, a criança pode fazer-se entender por outros meios. Pode ser necessária a presença de um familiar para facilitar a comunicação ou para dar informações que a criança não consegue transmitir. (Floyd *et al.*, 2008) (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Os pacientes especiais podem demonstrar-se curiosos e impulsivos, ou introvertidos, com repetição de palavras, sons e gestos. Independentemente das suas acções, o odontopediatra deve manter os instrumentos longe do seu alcance para evitar lesões e em caso algum a criança deve ser deixada sozinha na cadeira dentária (Floyd *et al.*, 2008).

a. Comunicar através do “Dizer-Mostrar-Fazer”

Esta técnica deve ser usada sempre que a criança não conheça ou se mostre insegura com a equipa e os instrumentos dentários. É impossível saber exactamente a quantidade ou qualidade de compreensão por parte da criança, pelo isto assegura o tratamento com

respeito, mesmo que seja incapaz de uma comunicação recíproca. Esta prática inclui: explicar à criança o procedimento e o instrumento utilizado, antes de iniciar, mostrar-lhe num modelo ou na mão o procedimento, especialmente para instrumentos vibratórios ou que produzam sons e, por último, estando o paciente confortável com o demonstrado, pede-se a sua permissão para realizar o procedimento, introduzindo lentamente o instrumento na cavidade oral. Assim, há maior probabilidade de a criança colaborar com o tratamento, podendo até divertir-se a fazê-lo (Floyd *et al.*, 2008).

v – Consentimento informado

Todos os pacientes devem poder assinar um consentimento informado do tratamento dentário ou, quando não for possível, ter alguém que legalmente o possa fazer por eles (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

vi – Controlo de comportamento

Esta fase do tratamento pode constituir um desafio, pois muitas condições médicas como o atraso mental ou deficiências físicas, podem ditar comportamentos de resistência e de recusa, que interferem com a segurança e eficácia do tratamento dentário (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

a. Técnicas básicas de controlo de comportamento

a.1. Controlo psicológico

Os pacientes especiais experienciam grande ansiedade antes da consulta dentária, embora haja a possibilidade de redução ou eliminação desta através de procedimentos psicológicos, que podem permitir a pacientes que necessitam de controlo físico ou até farmacológico, colaborar nas consultas dentárias (Glassman *et al.*, 2009).

O profissional dentário pode estudar as capacidades de interacção da criança, ajustar o tom de voz, escolher certas palavras e movimentos físicos apropriados, métodos pouco

dispendiosos que ocupam pouco tempo da consulta em si e permitem que o paciente aceite o tratamento sem usar medicação, eliminando os efeitos secundários físicos ou sistêmicos desta e diminuindo o custo, comparando com a sedação ou anestesia geral, procedimentos que teriam de ser repetidos ao longo da vida da criança (Glassman *et al.*, 2009).

b. Técnicas avançadas de controlo de comportamento

Ao contrário de outros pacientes pediátricos, os pacientes especiais apresentam perfis de comportamentos complexos pelas suas deficiências específicas e experiências de vida prévias. O controlo do seu comportamento exige equipas dentárias confiantes e empenhadas que possam dispensar tempo e, eventualmente, pessoal adicional (Glassman *et al.*, 2009)

Utilizando a assistência dos pais, é possível o controlo destes comportamentos no consultório dentário, constituindo alternativa, ainda, os estabilizadores de protecção para crianças que não respondam com sucesso às técnicas básicas de controlo de comportamento. Sendo estas, por sua vez, impossíveis de utilizar ou ineficientes, as opções passam pela sedação e anestesia geral, esta última referenciando para um serviço de cirurgia de um hospital que possa providenciar, mais facilmente, esse tratamento (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

b.1. Controlo físico

As restrições físicas são um conjunto de técnicas não-farmacológicas usadas para limitar a mobilidade do paciente especial por meios físicos que ajudam o indivíduo a manter-se estabilizado e imóvel durante os procedimentos dentários, que, de outra forma, teriam de ser realizados sob medicação. A utilização deste controlo deve ser balanceada com os efeitos da não efectuação dos cuidados dentários na criança, dado que é uma experiência que pode afectá-la para o resto da sua vida, exigindo um cuidadoso planeamento (Floyd *et al.*, 2008) (Glassman *et al.*, 2009).

Quando outros métodos de controlo tenham sido tentados sem sucesso numa consulta, não se deve utilizar esta técnica de restrição física, remarcando-se uma nova visita, discutindo com a família qual o tipo de restrição a usar. Em alguns casos, pode ser necessário restringir a criança ainda antes de entrar no consultório, beneficiando os pacientes da presença de um familiar aquando da sua aplicação; é de considerar a prescrição de um sedativo ligeiro previamente (Floyd *et al.*, 2008).

b.2. Sedação

Quando uma criança é incapaz ou se recusa a colaborar e os outros métodos de controlo de comportamento fracassaram, os passos seguintes incluem a sedação e a anestesia geral (Floyd *et al.*, 2008).

Os níveis de sedação existentes podem dividir-se em três tipos: sedação ligeira, com um nível de consciência minimamente deprimido; sedação moderada ou consciente, em que há uma depressão da consciência induzida por fármacos, tornando as crianças mais relaxadas e dispostas a colaborar e mantendo-as despertas para receberem instruções no decorrer dos procedimentos; sedação profunda, que consiste na depressão de consciência induzida por fármacos, durante a qual o paciente não pode ser facilmente despertado, embora tenha capacidade de responder a estimulação repetida e dolorosa (Coté e Wilson, 2006) (Floyd *et al.*, 2008) (Glassman *et al.*, 2009).

b.3. Anestesia Geral

Nesta técnica há uma perda total de consciência induzida por fármacos, da qual o paciente não tem capacidade de despertar, nem com estimulação dolorosa, sendo necessária a utilização de ventilação de pressão positiva. Devido à inconsciência da criança, os procedimentos são efectuados sem medo ou desconforto, apresentando a máxima segurança e efectividade em assegurar o término do procedimento dentário completo, embora seja o método mais difícil de alcançar, mais dispendioso e com mais riscos de efeitos laterais (Floyd *et al.*, 2008) (Glassman *et al.*, 2009).

Pode assumir-se que a combinação de várias modalidades supracitadas pode ter vantagens sobre a utilização de um método isoladamente, como a utilização conjunta de controlo de comportamento e controlo psicológico, que eliminam a necessidade de medicação. Contudo, há ainda pouca informação na literatura relativamente a esta possibilidade de combinação (Glassman *et al.*, 2009).

Pelo elevado risco sistémico de algumas técnicas, a decisão da utilização destes métodos repetitiva e frequentemente deve ser considerada com atenção, balanceando-se o potencial risco cumulativo contra os possíveis benefícios. A decisão deve ter em conta um plano de tratamento a longo prazo que ajude o paciente a alcançar ou manter uma boa saúde oral para toda a vida, com o objectivo de reduzir ou mesmo eliminar, se possível, as necessidades de apoio farmacológico ou físico no futuro (Glassman *et al.*, 2009).

vii – Estratégias preventivas

As crianças com necessidades especiais têm um risco maior de adquirirem doenças orais que podem vulnerabilizar de modo acrescido a sua saúde. Assim sendo, a prevenção inicia-se pela educação dos pais sobre higienização oral, modificações dos instrumentos de higiene dentária dirigidas à população com necessidades especiais (como escovas eléctricas, que aumentam a colaboração das crianças), recomendação de utilização de pasta dentífrica fluoretada e aconselhamento dietético, desencorajando-se as dietas cariogénicas e dando a conhecer os riscos provenientes das medicações com níveis elevados de sacarose e dos suplementos dietéticos ricos em hidratos de carbono. (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Os pacientes portadores de necessidades especiais podem beneficiar da aplicação de selantes em fossas e fissuras susceptíveis, de flúor tópico, se o risco de cárie for elevado e de ionómeros de vidro, que libertam flúor. Em casos de gengivite ou de doença periodontal, podem estar indicados bochechos de clorhexidina ou aplicação desta com uma escova dentária, se existir o risco de deglutição (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

viii – Consultas de controlo

Crianças com necessidades especiais com doença dentária severa devem ser acompanhadas bi- ou trimestralmente, conforme as necessidades individuais do paciente, incluindo avaliação e tratamento cuidados por um periodontista nas crianças ou adolescentes com doença periodontal progressiva (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

ix – Referenciar pacientes

Se o tratamento dentário não puder ser providenciado pela idade, comportamento, incapacidade de colaboração, deficiências ou condições médicas, a doença oral da criança pode progredir, resultando em dor desnecessária, desconforto, aumento das necessidades de tratamento e dos custos, experiências de tratamento desagradáveis e resultados de saúde oral longe dos ideais. Assim sendo, quando as necessidades de uma criança ultrapassam as capacidades do profissional, este deve referenciar o paciente para assegurar a completa saúde da criança (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

4 – Autismo

Vários autores referem o autismo como sendo caracterizado pelo prejuízo severo da habilidade de comunicar, de desenvolver a linguagem, de interagir com outros e de manter o contacto apropriado, a nível emocional e social, com o mundo. No entanto, segundo DePalma e Raposa (2010), “*The causes of ASD [desordens do espectro autista] remains unknown*”, pelo que o desenvolvimento do autismo não foi atribuído a nenhum factor etiológico (Klein e Nowak, 1998) (DePalma e Raposa, 2010).

Esta afecção tem predominância no sexo masculino, numa razão de 3:1, independentemente da afinidade populacional, estado socioeconómico ou nível de educação parental. O diagnóstico torna-se proeminente a partir dos 2-3 anos, embora possa ser observado a partir dos 6 meses de idade, sendo evidente que as capacidades da criança se desenvolvem a um ritmo mais lento do que o apropriado para a idade da mesma (Friedlander *et al.*, 2006) (DePalma e Raposa, 2010).

Nestes pacientes, as capacidades de comunicação podem estar atrasadas ou mesmo ausentes, com incapacidade de relacionar o discurso com expressões faciais ou gestos. Observam-se, também, comportamentos repetitivos e estereotipados que incluem abanar as mãos e o corpo como autoagressão ou como mecanismo de relaxamento, rotação corporal, corrida em círculos, balançar ou bater com a cabeça, morder e beliscar-se, podendo períodos de stress, excitação ou certos estímulos, como sons fortes, induzir o início destas acções repetitivas. Estas crianças necessitam de rotinas rígidas, dado que modificações nestas incitam estes comportamentos. É comum apresentarem, também, reacções severas à invasão do seu espaço vital e uma resistência extrema em serem apressados (Friedlander *et al.*, 2006) (DePalma e Raposa, 2010).

De acordo com Friedlander *et al.* (2006), há variações nos padrões de comportamento e na severidade da afecção entre os pacientes autistas, o que levou ao desenvolvimento de sistemas de classificação, incluídos na denominação geral de transtorno global do desenvolvimento, que são desordens de desenvolvimento cerebrais complexas (DePalma e Raposa, 2010). As classificações dividem-se em cinco diferentes tipos: o transtorno global do desenvolvimento não especificado; o Síndrome de Asperger; o Síndrome de Rett; a desordem desintegrativa da infância e o autismo ou autismo clássico. Assim sendo, o autismo é diagnosticado por um padrão de sintomas e não por um sintoma, apenas (Friedlander *et al.*, 2006) (Waldman, Perlman e Wong, 2008).

i - Características importantes para a Medicina Dentária

Relevante para a Medicina Dentária é o facto de estes pacientes terem dificuldades com a interacção, comunicação, interesses limitados, temperamentos irritáveis, impulsivos, agitados e comportamentos repetitivos, de fúria e agressividade que podem levar a lesões auto-infligidas, como mordidas, pelo que podemos encontrar uma variedade de pacientes que apresentam um espectro alargado de desordens. Perturbações psiquiátricas como ansiedade, alterações de humor, desordem de hiperactividade com défice de atenção e esquizofrenia são mais prevalentes durante a adolescência, tendo sido observadas convulsões em 30% dos adolescentes autistas. Importa, nestes casos, ter em mente a seguinte citação: “*Each individual must be treated as ‘different’ and not as ‘disabled’*” (Friedlander *et al.*, 2006) (DePalma e Raposa, 2010).

DePalma e Raposa (2010) indicam que as crianças autistas são menos propensas a visitar o dentista regularmente, com grandes intervalos entre as consultas dentárias e tendência de receber tratamento apenas quando algum problema surge. Quanto aos profissionais dentários, estes não possuem conhecimentos relativos às necessidades de um paciente autista, pelo que têm tendência a evitar tratar estes pacientes. Outros factores que influenciam o tratamento dentário são as limitações sociais e de linguagem, as condições médicas associadas e medicações, as deficiências de aprendizagem e o atraso mental, as percepções sensoriais alteradas e a incapacidade de generalizar informações ou comportamentos anteriormente apreendidos (Marshall *et al.*, 2007) (Rada, 2010).

Um paciente autista que se apresente num consultório dentário pode manifestar múltiplas alergias, disfunções do sistema imunitário, distúrbios gastrointestinais, convulsões, alterações de humor e comportamentos agressivos ou auto-mutilantes. É crucial o conhecimento de que muitas crianças com autismo estão sob efeito de medicação utilizada na tentativa de reverter as complicações da sua condição médica, muitas vezes através da combinação da medicina convencional com práticas médicas alternativas, também usadas para controlar o comportamento (Rada, 2010).

O controlo médico deste tipo de pacientes compreende, por um lado, o aconselhamento dos pais, educação especial, terapia da fala e treino das capacidades sociais. A terapia farmacológica é utilizada para controlo dos comportamentos já supracitados e dos sintomas associados, como a hiperactividade e desatenção. No entanto, como qualquer medicação, a terapêutica utilizada nestas crianças possui efeitos adversos e interacções, com implicações para a prática da Medicina Dentária (Friedlander *et al.*, 2006) (Marshall *et al.*, 2007).

Alguns exemplos constituem: a carbamazepina, um anticonvulsivante usado para a estabilização do humor e do comportamento agressivo, que induz xerostomia e glossite, que, quando associado a ácido acetilsalicílico, pode causar sangramento excessivo e que, associado a eritromicina ou claritromicina, pode ver a sua toxicidade aumentada; a clonidina, utilizada para diminuir a hiperactividade e impulsividade, produz, também, xerostomia, disfagia e aumenta a depressão do sistema nervoso central provocada por

outros depressores usados na Medicina Dentária; por fim, a fluoxetina, que diminui os comportamentos repetitivos, compulsivos e de auto-lesão, é também responsável por xerostomia, disfagia e gengivite e elimina o efeito analgésico da codeína e de benzodiazepinas, podendo ver o seu efeito diminuído por alguns antibióticos (Friedlander *et al.*, 2006).

ii – Condições orais associadas

As deficiências complexas neurológicas e de desenvolvimento exacerbam condições orais já de si frequentes na população infantil, como má higiene oral, cáries precoces de infância, periodontite generalizada severa, dor oro-facial, xerostomia e má-nutrição, associada a uma dieta pobre com frequentes distúrbios na alimentação, com preferência por alimentos moles e com alto teor de açúcar. Estes pacientes desenvolvem o hábito de manter a comida na cavidade oral durante um longo período de tempo, aumentando a incidência de cárie, para a qual contribuem a limitada acção de auto-limpeza da boca, pela falta de coordenação muscular da língua e das bochechas e a baixa prioridade que a higiene oral constitui para os pais destas crianças (Waldman, Perlman e Wong, 2008).

Outras considerações orais incluem uma elevada incidência de bruxismo e um aumento da taxa de traumas orais pelas lesões auto-infligidas ou pela ocorrência de acidentes. Verifica-se também um fluxo salivar diminuído e uma saúde gengival comprometida, como efeito secundário da medicação e de uma elevada incidência de anemia (Waldman, Perlman e Wong, 2008) (Jaber, 2011).

No entanto, no estudo de Loo, Graham e Hughes (2008), os autores concluíram que os pacientes autistas revelaram menor incidência de cáries, com menor índice de CPO do que as crianças não afectadas, justificando que, nos últimos anos, os pais têm melhorado o cuidado oral em casa, administrando alimentação menos cariogénica. Sugere-se, mesmo, que estas crianças apresentem comportamentos mais regulares às refeições, consumindo menos doces entre as mesmas. É, por isso, dever dos profissionais dentários enfatizar a importância dos bons hábitos dietéticos e desencorajar a utilização de comidas açucaradas como técnica de controlo de comportamento (Loo, Graham e Hughes, 2008) (Rada, 2010).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com autismo

O evento crucial para este paciente é a primeira consulta, que permite construir uma relação de confiança com a criança e que possibilita que o paciente se ajuste a novas visões e sons, pelo que deve ser mantido um ambiente positivo, tratando a criança com respeito e tacto. É crucial obter documentação sobre necessidades específicas, desafios, habilidades e capacidades do paciente, avaliando-se as suas reacções anteriores a experiências como corte de cabelo e lavagem dos dentes, devendo ser registado o seu nível de função física e de comunicação (DePalma e Raposa, 2010).

O passo seguinte implica o que DePalma e Raposa (2010) citam como “*tailor treatment to suit the patient’s abilities*”, ou seja, individualizar o tratamento para se adequar às habilidades do paciente e não às suas incapacidades. As consultas devem ocorrer em intervalos regulares, para que o paciente se familiarize com a equipa e o consultório e ser de curta duração, embora seja necessário mais tempo do que o usual para o tratamento destas crianças, dado que o controlo de comportamento exige mais tempo e paciência, sendo limitado o período de atenção de que o profissional dentário dispõe, da parte da criança; é, inclusive, de grande auxílio a utilização de um abre-bocas para manter a boca aberta pelo tempo necessário (Klein e Nowak, 1998) (Friedlander *et al.*, 2006) (DePalma e Raposa, 2010).

Estes pacientes apreciam rotinas sem alterações, com a mesma cadeira dentária, cor de babete, sabor da pasta de polimento e consultas nos mesmos dias e horas. No decorrer das consultas, devem ser evitadas as fontes de estímulos exagerados que incitem reacções negativas nas crianças, através da redução das luzes e sons e da manutenção dos instrumentos fora de vista até serem necessários. O odontopediatra deve ignorar os maus comportamentos da criança, se não puserem em perigo a segurança dos presentes, e deve elogiar os comportamentos apropriados (Klein e Nowak, 1998) (Floyd *et al.*, 2008) (DePalma e Raposa, 2010).

Há, actualmente, receio de que as crianças autistas apresentem incapacidade de eliminar metais pesados do corpo, como o mercúrio da amálgama, o que pode ser ultrapassado

pela utilização de resinas compostas e ionómeros de vidro modificados por resina apesar de desvantagem da contaminação, o que é possível em crianças autistas, incapazes de se manterem imóveis. Há, também, preocupação quanto ao uso de flúor, possivelmente associado a reacções tóxicas no cérebro, minimizando-se a exposição a este, o que representa um problema nas crianças susceptíveis às cáries, com a complicação adicional de as crianças autistas serem incapazes de evitar engolir pasta dentífrica, o que acarreta irritação gastrointestinal e fluorose (Rada, 2010).

Os profissionais dentários devem ser cuidadosos na prescrição de agentes antibióticos, que afectam o equilíbrio natural de microrganismos no sistema gastrointestinal, sendo aconselhada a consulta do médico assistente dos pacientes. Quanto a medicação para controlo da dor, podem ser recomendados o acetaminofeno ou o ibuprofeno (Rada, 2010).

Um médico dentista que tenha possibilidade de simplesmente observar o paciente autista a escovar os dentes e oferecer sugestões para modificar a técnica e recomendar estratégias de prevenção, será de uma grande ajuda no paradigma da prevenção dentária (Waldman, Perlman e Wong, 2008).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 1 (página 61).

5 – Asma

A asma é uma doença crónica com episódios repetitivos de obstrução do tracto respiratório, associados a edema dos brônquios, causado por hipersensibilidade a variados estímulos, com um aumento da secreção de muco, exsudação de plasma e diminuição da acção ciliar, culminando na obstrução. A etiologia exacta permanece desconhecida, embora se saiba que envolve factores genéticos e ambientais, sendo a doença respiratória crónica mais comum na infância, afectando cerca de 5 a 10% das crianças, com pico de prevalência aos 6-11 anos (Zhu *et al.*, 1996) (Sollecito e Tino, 2001) (Kil *et al.*, 2003) (Guggenheimer e Moore, 2009) (Fonseca, 2010).

A susceptibilidade desta doença baseia-se na hiper-responsividade brônquica adquirida a um antigénio inalado, a que o paciente é alérgico. Após esta exposição, verifica-se uma resposta inflamatória, contracção dos músculos lisos dos brônquios, com broncoconstrição e broncoespasmo, edema do revestimento dos brônquios e aumento da secreção de muco, com acréscimo da resistência na via aérea, resultando em dificuldade respiratória (Guggenheimer e Moore, 2009).

Um episódio agudo de asma inclui uma instalação rápida do encurtamento da respiração, tosse, chiadeira, sensação de aperto no peito e dispneia. Uma constrição brônquica mais severa pode resultar em respiração dificultada, taquipneia, taquicardia, pulso paradoxal e diaforese. A progressão destes sintomas é uma emergência respiratória que, se não tratada, pode induzir hipoxia e conduzir à morte (Zhu *et al.*, 1996) (Guggenheimer e Moore, 2009).

De acordo com Sollecito e Tino (2001), um dos sistemas de classificação possíveis para a asma divide-a em dois grupos básicos: a asma alérgica ou extrínseca, com uma susceptibilidade mediada geneticamente, que induz sensibilidade a alergénios do ambiente, como o pólen e alimentos com sulfitos; e a asma idiossincrática ou intrínseca, não mediada pelo sistema imune, provocada por estímulos específicos como o fumo do tabaco, medicações como aspirina e outros agentes anti-inflamatórios não esteróides (Guggenheimer e Moore, 2009). Uma outra classificação, indicada por Zhu *et al.* (1996), por Sollecito e Tino (2001) e por Kil *et al.* (2003) categoriza a asma em leve, moderada e severa.

i – Características importantes para a Medicina Dentária

Os distúrbios psicológicos são mais comuns em pacientes com asma severa do que em crianças saudáveis, já que, segundo Lehrer *et al.* e Richards, há um “ciclo vicioso” em que a asma contribui para o desenvolvimento de problemas de comportamento que, em retorno, estimulam ou exacerbam os sintomas asmáticos. A medicação das crianças asmáticas foi associada a mudanças comportamentais, afectivas e neuropsicológicas, tornando-as cansadas, argumentativas, irritáveis e tristes, para além de provocar outros

efeitos laterais adversos, como o desconforto gastrointestinal, enxaquecas, náuseas, vômitos, nervosismo, insónia e convulsões, no caso da teofilina (Zhu *et al.*, 1996).

Também os pais de crianças asmáticas apresentam níveis mais elevados de ansiedade, gerando uma protecção exagerada que interfere com a autonomia da criança. O medo de precipitar um ataque de asma pode resultar numa falha por parte dos pais em limitar os comportamentos errados dos filhos (Zhu *et al.*, 1996).

a. Impacto do stress emocional na asma

Citando Guggenheimer e Moore (2009), “*psychological stressors can not only generate an asthma attack but also contribute to its severity*”, pelo que o impacto do stress emocional na asma é evidente, sendo que os pacientes asmáticos desenvolvem uma broncoconstrição mais severa do que aqueles que não apresentem a doença. O stress pode, também, aumentar o risco de desenvolver hipersensibilidade a alérgenos ambientais, culminando em asma. Segundo Lehrer *et al.*, os factores de stress emocionais primários associados à asma são a ansiedade, o pânico e a depressão (Zhu *et al.*, 1996) (Guggenheimer e Moore, 2009).

A ansiedade ou fobia do paciente, pela antecipação da dor ou de desconforto durante a consulta dentária, é potenciada pela sua preocupação de que um ataque de asma possa ocorrer durante o tratamento. Adicionalmente, os materiais usados durante a consulta podem ser um estímulo para um ataque asmático, como os materiais de restauração com monómeros de metacrilato, o látex da borracha, desinfectantes de gluteraldeído e anestésicos locais com epinefrina, dado que estes necessitam de bissulfito de sódio ou metabissulfito de sódio como conservantes antioxidantes, para prolongar a validade das formulações anestésicas, com um risco acrescido de um ataque asmático após a administração de anestesia local pela sensibilidade aos sulfitos. No entanto e como indicado por Finder e Moore, raramente é relatado um caso em medicina dentária (Mathew *et al.*, 1998) (Guggenheimer e Moore, 2009) (Fonseca, 2010).

b. Controlo medicamentoso da asma

O controlo farmacológico da asma crónica em crianças baseia-se em duas categorias principais: os agentes anti-inflamatórios e os broncodilatadores, tendo como objectivos manter níveis normais de actividade, manter a função pulmonar próximo do normal, prevenir sintomas crónicos e exacerbações recorrentes da asma e evitar efeitos adversos da medicação para a asma (Zhu *et al.*, 1996).

A terapêutica foca-se na prevenção, controlo e reversão de dois dos maiores componentes patofisiológicos da doença: a contracção dos músculos lisos dos brônquios e broncoconstrição, bloqueada pelas drogas simpaticomiméticas (fármacos beta-adrenérgicos e agonistas dos receptores beta-2); e a inflamação da via aérea, pela utilização de glucocorticóides. Ambas as medicações são usadas para limitar a frequência de episódios agudos (Guggenheimer e Moore, 2009) (Fonseca, 2010).

As vias de administração destes fármacos são a oral ou a inalatória, sendo esta última a preferida, pelo efeito mais rápido e directo e porque os aparelhos de inalação permitem respostas terapêuticas com doses mais baixas, sendo menos prováveis as reacções adversas sistémicas. Nos casos asmáticos mais severos, podem mesmo tornar-se necessárias combinações de broncodilatadores com glucocorticóides (Guggenheimer e Moore, 2009).

ii – Condições orais associadas

Variadas circunstâncias orais estão relacionadas com as terapêuticas utilizadas na asma. Segundo o estudo de Ryberg *et al.*, citado por Zhu *et al.*, (1996), os agentes simpaticomiméticos diminuem a secreção de saliva em 20%, pela inibição do estímulo neural nas glândulas salivares, estando também associados a um acréscimo do número de lactobacilos, aumentando a susceptibilidade às cáries, havendo uma ligação entre a medicação anti-asmática e a doença cariosa, pelo efeito xerostomizante destes fármacos. Assim sendo, é aconselhável que as crianças asmáticas recebam cuidados preventivos especiais (Guggenheimer e Moore, 2009) (Widmer, 2010).

Segundo Guggenheimer e Moore (2009), os glucocorticóides aumentam a susceptibilidade para infecções orofaríngeas por *Candida*, devido ao pH reduzido das formulações dos medicamentos (Widmer, 2010). Este facto associa-se à redução salivar já referida, aumentando o risco de desenvolvimento da flora de *Candida*. O envolvimento frequente do palato mole está relacionado com a trajectória do aerossol durante a inalação. Uma outra complicação oral corresponde ao elevado risco de erosão dentária, pela acidez da própria medicação e da redução do fluxo salivar (Guggenheimer e Moore, 2009) (Widmer, 2010).

Prevenir a candidíase e outras complicações orais é possível através de dispositivos de espaçamento entre o inalador e a boca e de aconselhar os pacientes a bochechar com água após inalar o medicamento (Widmer, 2010). Apesar disto, sempre que os profissionais dentários se deparem com pacientes asmáticos ou com outras doenças que impliquem o uso de inaladores, devem examiná-los para procurar lesões orais associadas a estes dispositivos (Guggenheimer e Moore, 2009).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com asma

As consultas devem ser agendadas para o fim da manhã ou da tarde, confirmando-se a cada visita se o paciente tomou as doses de medicação diárias; relativamente à posição da criança na cadeira dentária, deve evitar-se o posicionamento em supina durante longos períodos de tempo. O médico dentista deve manter-se vigilante e preparado para lidar com um episódio agudo de asma. A probabilidade desta ocorrência é elevada devido à prevalência da condição na sociedade, adicionalmente ao factor de stress das consultas dentárias (Guggenheimer e Moore, 2009).

Dependendo um procedimento dentário seguro do estado pulmonar da criança, antes da consulta dentária, deverá assegurar-se a qualidade do controlo da doença através da determinação da sua severidade, da frequência dos ataques asmáticos, bem como de qualquer hospitalização que tenha sido necessária, do tipo de medicação usada cronicamente e durante os ataques agudos, de quais os factores precipitantes que estimulam os ataques e do período de tempo que a criança permaneceu sem a ocorrência

de um episódio de emergência de ataque de asma. Se a criança é medicada através de um dispositivo de inalação, deve trazê-lo consigo em cada consulta (Zhu *et al.*, 1996) (Guggenheimer e Moore, 2009) (Fonseca, 2010).

Num paciente asmático assintomático e bem controlado, os procedimentos devem ser realizados no consultório dentário, com uma aproximação calma e confiante da equipa dentária, para aliviar a inquietação da criança. Já um paciente com chiadeira ou mal controlado deve ser reagendado. No caso de pacientes asmáticos severos, com história de episódios abruptos e severos de obstrução das vias aéreas, é recomendada a consulta do médico especialista da criança, devendo ser tratados em meio hospitalar (Zhu *et al.*, 1996).

A ocorrência de um ataque agudo de asma tem como altura mais propícia os momentos imediatamente seguintes à administração do anestésico local, revelando a criança sintomas como ansiedade, agitação e chiadeira inspiratória e expiratória. Deve terminar-se, de imediato, o tratamento dentário, removendo todos os instrumentos da cavidade oral do paciente e colocando este numa posição mais elevada. Deve administrar-se um broncodilatador por via inalatória e, caso não se verifique melhoras, epinefrina subcutânea (Zhu *et al.*, 1996) (Guggenheimer e Moore, 2009).

Para o controlo da dor pós-operatória, deve evitar-se a aspirina e outros anti-inflamatórios não esteróides, sob pena de causarem reacções alérgicas ou um ataque asmático. Os opióides podem causar depressão respiratória, pelo que não devem ser prescritos, sendo o fármaco de eleição para controlo da dor o acetaminofeno. Em termos de combate às infecções, devem evitar-se os antibióticos macrólidos, como a eritromicina, pois interfere com o metabolismo da teofilina, aumentando a sua toxicidade (Zhu *et al.*, 1996) (Sollecito e Tino, 2001).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 2 (página 66).

6 – Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD), também apelidada de Trissomia 21 ou mongolismo, representa a aberração cromossômica mais frequente no Homem, ou seja, a condição aneuplóide mais comum que é compatível com a sobrevivência, resultante da trissomia de todo ou de uma parte crítica do cromossoma 21. A frequência de aparecimento é de uma em oitocentas a mil crianças nascidas, sem relação com afinidades populacionais, sociais, económicas ou de género. A idade materna representa um importante papel nesta condição médica, pois com o aumento desta, aumenta a incidência da ocorrência (Desai, 1997) (Pilcher, 1998) (Hennequin, Morin e Feine, 2000) (Moraes *et al.*, 2007) (Oliveira *et al.*, 2008) (Soares *et al.*, 2010) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

Na SD encontra-se um atraso no desenvolvimento das funções motora e mental, uma fâcies e compleição física características, baixa estatura, olhos típicos, oblíquos, um crânio curto e redondo, globuloso, pescoço largo e curto, mãos largas de dedos curtos, palato estreito e pequeno e hipotonia muscular que permite uma grande maleabilidade. Segundo Yam *et al.*, citado por Cheng, Yiu e Leung (2011), estes pacientes são acometidos por problemas cardiovasculares, endócrinos, gastrointestinais, hematológicos, neurológicos, do esqueleto, do sono, visuais e auditivos (Pilcher, 1998) (Moraes *et al.*, 2007) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

Estes pacientes apresentam uma esperança média de vida aumentada, actualmente, vivendo de forma mais independente, com melhoria da qualidade de vida, da sua auto-estima e imagem individual. Assim, a sua demanda de tratamento dentário está a aumentar. A maioria dos procedimentos dentários pode ser executada num consultório dentário com mínimas adaptações, sendo o único senão a falta de confiança por parte dos profissionais dentários para lidar com estes pacientes, pela falta de experiência quanto às suas deficiências. No entanto, os médicos dentistas não necessitam de capacidades especiais nem de equipamento próprio para atender estes pacientes (Desai, 1997) (Pilcher, 1998) (Waldman, Hasan e Perlman, 2009) (Soares *et al.*, 2010).

i – Características importantes para a Medicina Dentária

Uma grande parte destas crianças manifesta anomalias cardíacas congénitas, corrigidas cirurgicamente ainda na infância. No entanto, o risco de existência de prolapso da válvula mitral é cerca de 15% maior, recomendando-se a consulta do médico assistente quanto à necessidade de profilaxia antibiótica. Estes pacientes apresentam, ainda, um sistema imune comprometido, elevando a taxa de infecções e a incidência de doença periodontal, para a qual contribui o atraso no desenvolvimento motor, que dificulta o controlo de placa. A presença de infecções respiratórias crónicas induz uma respiração bucal, com xerostomia, fissuras da língua e dos lábios, úlceras aftosas e infecções orais por *Candida* (Desai, 1997) (Pilcher, 1998) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

Estes pacientes têm um tónus muscular diminuído na cabeça e cavidade oral, com uma hipotonia dos músculos orbicular, zigomático, masseter e temporais que desequilibra as forças aplicadas na dentição, muito influenciada pela língua, em geral protruída, resultando numa mordida aberta característica, que reduz a capacidade de mastigação e de auto-limpeza da cavidade oral; assim, um maior acúmulo de resíduos é notório (Desai, 1997) (Pilcher, 1998).

A maioria das crianças com SD manifesta apneia do sono obstrutiva, que pode justificar os défices neurocognitivos, com obstrução da via aérea superior durante o sono, levando a hipoxemia e estando associada a ressonância e hipersonolência. Tem como causas o colapso hipofaríngeo, amígdalas aumentadas e macroglossia relativa, sendo importante o seu reconhecimento e tratamento, sob pena de originar uma progressão dos sintomas, com conseqüente hipotensão pulmonar e paragem cardíaca congestiva (Waldman, Hasan e Perlman, 2009) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

Estas crianças apresentam espontaneidade natural, demonstração de carinho, afecto genuíno, paciência, tolerância, honestidade e clareza ao lidar com terceiros, o que, aliado a deficiências físicas significativas, pode resultar num controlo fácil por parte do médico dentista. A nível de discurso, têm maior desenvolvimento na linguagem receptiva do que na expressiva. Pode ocorrer, contudo, que uma minoria dos pacientes

se demonstre ansiosa, obstinada e resistente, tornando os procedimentos um desafio (Desai, 1997) (Pilcher, 1998).

ii – Condições orais associadas

Estes pacientes demonstram respiração bucal pela via aérea nasal reduzida, encontrando-se a língua protruída, com uma macroglossia relativa, devido ao reduzido desenvolvimento do andar médio da face. Isto afecta a fala e a mastigação levando a deslocamento dentário, má-oclusão e ausência de selamento labial, necessitando da intervenção de um terapeuta da fala, para o correcto posicionamento da língua e aumento do tónus da musculatura orofacial. Também é comum a língua fissurada, com atrofia papilar e vários sulcos ou ranhuras no seu dorso, podendo demonstrar impressões dentárias, de forma bilateral, unilateral ou isolada, por diastemas, sucção lingual e protrusão lingual (Desai, 1997) (Pilcher, 1998).

Encontra-se frequentemente um palato em ogiva, pelo menor desenvolvimento andar médio da face, comparativamente ao desenvolvimento mandibular. Verifica-se micrognatia em qualquer um dos maxilares, estando associada à respiração bucal, o que acarreta má oclusão, com uma elevada incidência de Classe III de Angle e possível mordida cruzada posterior. A erupção dentária de ambas as dentições pode estar retardada até dois a três anos, ou com alteração da ordem entre os dentes, conduzindo a alterações nas dietas das crianças (Desai, 1997) (Pilcher, 1998) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

Pode observar-se uma ausência congénita da dentição, tanto hipodontia como oligodontia, sendo os dentes mais afectados, numa ordem descendente, os terceiros molares, os segundos pré-molares, os incisivos laterais e os incisivos mandibulares. A ausência de dentes permanentes pode acarretar a não-reabsorção ou uma reabsorção mais lenta dos decíduos, que podem ficar retidos na cavidade oral até à idade adulta. Pode verificar-se microdontia generalizada verdadeira, tanto na dentição decídua como na permanente, com dentes conóides e pequenos; fusões e gemações; hipoplasias e hipocalcificações (Desai, 1997) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

As crianças mongolóides apresentam índices de cárie mais baixos que os pacientes não afectados, devido à erupção atrasada, que diminui o tempo de exposição ao ambiente cariogénico, à dentição ausente congenitamente, ao pH salivar aumentado e à microdontia, levando a uma dentição mais espaçada. Contudo, devido aos problemas de mastigação que demonstram, podem ter maior risco de desenvolvimento de cáries precoces de infância, pela alimentação por biberões no período nocturno (Desai, 1997) (Cheng, Yiu e Leung, 2011).

Por último, estes pacientes apresentam uma taxa elevada de doença periodontal, provocada directamente pelos factores microbianos e indirectamente pelos factores do hospedeiro de resposta inflamatória à agressão bacteriana. Esta condição não é atribuída somente à fraca higiene oral, mas também à deficiente capacidade de reparação comparada com a rápida perda óssea. Esta doença pode ter um início por volta de idades jovens ou da adolescência, sendo que a quantidade de placa e cálculos observados nas superfícies dentárias não são proporcionais à severidade da mesma (Pilcher, 1998) (Sollecito *et al.*, 2005).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com SD

Citando Pilcher (1998), “*good behaviour in the dental office is learned*”, o que pode tornar-se um desafio para o médico dentista ao relacionar os procedimentos dentários com uma população com capacidades de aprendizagem diminuídas, já que aqueles podem ser realizados muito tarde na vida da criança, por problemas médicos prioritários, questões financeiras e vontade dos pais de aguardar até a criança adquirir maturidade para lidar com consultas dentárias. Isto culmina na dificuldade de educação para a saúde oral e de desenvolvimento de uma relação de confiança que resultaria em melhor comportamento durante os procedimentos (Pilcher, 1998).

As consultas devem ser agendadas para de manhã cedo e a primeira fase destas passa pela determinação do nível de comunicação da criança, com o auxílio da família, para avaliar a sua cooperação, pois o seu nível de compreensão não é igual ao nível de linguagem expressada, sendo que a conversação deve dirigir-se directamente à criança;

ainda assim, há vantagem na permanência dos pais no consultório. Devem, também, descobrir-se o que motiva a criança, para mantê-la interessada e colaboradora. A história médica deveria ser obtida previamente à primeira visita, permitindo a consulta do médico assistente antes dos procedimentos, se tal for necessário (Pilcher, 1998).

As técnicas de controlo de comportamento utilizadas correspondem às já citadas para as restantes condições médicas. A primeira consulta deve constar de uma dessensibilização que permita educar e até treinar o paciente para os comportamentos aceites no consultório, recorrendo-se a vídeos e imagens demonstrados em casa previamente à visita. Os restantes métodos, como “dizer-mostrar-fazer”, controlo por voz e reforços positivos podem ser utilizados, podendo estas crianças beneficiar, também, da presença de música no consultório, como técnica de relaxamento. Pacientes com comportamentos mais difíceis podem ser controlados com pré-medicação, restrições, sedação consciente ou mesmo anestesia geral (Desai, 1997).

Um programa oral preventivo pode começar aos 6 meses de idade, não devendo exceder os 18 meses, iniciando-se com educação parental, avaliação da quantidade de administração de flúor necessário, aconselhamento dietético e um programa de cuidados de higiene oral a realizar em casa. Para crianças com doença periodontal, as consultas devem ser agendadas a cada 3 meses, para manutenção da terapia periodontal, avaliando-se a necessidade de cloro-hexidina, na forma de bochechos, sprays ou gel tópico (Desai, 1997).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 3 (página 70).

7 – Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica, não transmissível, uma grande fonte de morbidade e mortalidade na saúde pública global, acarretando alterações complexas aos pacientes afectados. Caracteriza-se por uma hiperglicemia causada pela deficiência absoluta ou relativa de insulina, com alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas e uma tendência de desenvolvimento de complicações

vasculares, renais, oculares, neurológicas e periodontais (Vernillo, 2001) (Bergman, 2007) (Azodo, 2009) (Wilson et al., 2010).

Esta condição pode ser classificada em tipo 1 e 2. A DM de tipo 1 corresponde à diabetes insulino-dependente, com uma insuficiência absoluta de insulina, pela destruição auto-imune das células beta pancreáticas produtoras da mesma, constituindo cerca de 3 a 5% dos casos de pacientes diabéticos. Em 75% dos casos é diagnosticado em pacientes menores de 18 anos, que necessitam de insulina exógena durante toda a vida para sobreviverem, sob pena de resultar em cetoacidose diabética, que, ao diminuir o pH sanguíneo, culmina em coma e morte. As complicações metabólicas crônicas são mais severas neste tipo diabético do que no tipo 2, incluindo susceptibilidade aumentada às infecções e atraso na cicatrização (Vernillo, 2001) (Vernillo, 2003) (Sollecito *et al.*, 2005) (Bergman, 2007) (Alves *et al.*, 2009) (Busato *et al.*, 2010) (Wilson *et al.*, 2010).

A DM de tipo 2, não-insulino-dependente, resulta de uma resistência dos tecidos-alvo à insulina ou de um defeito na secreção desta, estando associada à obesidade e falta de exercício físico, que diminui a concentração de receptores de insulina, sendo diagnosticada em pacientes com mais de 40 anos e representando 90% dos casos diabéticos. No entanto, tem-se verificado, na última década, uma prevalência aumentada de DM de tipo 2 em crianças e adolescentes, pelo aumento da obesidade. Os pacientes não dependem da insulina para sobrevivência, pois não há uma deficiência absoluta no corpo, necessitando antes de exercício físico, que aumenta o número de receptores e melhora a sensibilidade à insulina. Em último recurso, podem utilizar insulina como tratamento, para melhorar o controle da hiperglicemia (Vernillo, 2003) (Bergman, 2007) (Alves *et al.*, 2009) (Wilson *et al.*, 2010).

i – Características importantes para a Medicina Dentária

O tratamento da DM de tipo 1 é por injeção subcutânea de insulina, de ação rápida, intermédia ou longa. A terapêutica mais comum é a insulina de longa duração, que suprime a produção de glicose entre refeições e durante a noite, e a insulina de ação rápida às horas das refeições, para produzir um pico coincidente com a absorção dos

hidratos de carbono, prevenindo a hiperglicemia a seguir à alimentação (Vernillo, 2001) (Busato *et al.*, 2010) (Wilson *et al.*, 2010).

O tipo 2 é tratado pela modificação da dieta para perder peso, diminuindo a resistência à insulina pelo aumento da sensibilidade dos receptores periféricos para a insulina endógena, sendo a hiperglicemia controlada com a manutenção de um peso corporal ideal. No entanto, também usam insulina exógena para melhoria do controlo glicémico. Existe, ainda, outro tipo de controlo farmacológico, através de agentes hipoglicémicos orais como inibidores da alfa-glucosidase, sensibilizadores ou secretagogos de insulina e derivados do ácido benzóico (Vernillo, 2001).

Alguns fármacos, como os anti-inflamatórios não esteróides, alguns antibióticos e antifúngicos, podem ter interacções ou potenciar o efeito dos hipoglicémicos orais, devendo verificar-se estas interacções antes da prescrição de qualquer medicação (Wilson *et al.*, 2010).

Os procedimentos cirúrgicos e a necessidade de anestesia levam a um stress neuroendócrino com aumento da libertação de hormonas (cortisol, glucagon, epinefrina e hormona de crescimento) que estimulam níveis elevados de glicose para o funcionamento dos órgãos vitais. Isto aumenta a resistência à insulina, elevando a hiperglicemia, conduzindo a uma cetoacidose no período perioperatório, com alterações a nível mental, fraqueza, hipotensão, taquidismias e uma regulação térmica anormal. Adicionalmente a estes factos, a hiperglicemia pode inibir as defesas do hospedeiro contra infecções e dificultar a capacidade de cicatrização (Bergman, 2007).

ii – Condições orais associadas

A DM não controlada inclui complicações como: gengivite e doença periodontal, referida por Løe como a sexta complicação da DM pela sua elevada frequência, levando a um risco maior de sangramento gengival e acumulação de cálculo, associada a uma resposta deficitária do sistema imune, que pode iniciar-se aos 6 anos e piorar o problema de controlo metabólico; disfunção das glândulas salivares com xerostomia, devido à poliúria; aumento da susceptibilidade a infecções bacterianas, víricas e

fúngicas; cáries dentárias; abscessos periapicais; perda de dentes; alteração do paladar; líquen plano e erupção dentária acelerada (Vernillo, 2003) (Sollecito *et al.*, 2005) (Azodo, 2009).

A hipofunção salivar em diabéticos pode ser causada por um controlo metabólico inadequado, pelo que a alteração da composição salivar aumenta a deterioração dentária e as lesões da mucosa, com mucosites, úlceras e descamação, tornando-se a língua inflamada e despilada. Adicionalmente, há dificuldade na lubrificação, mastigação, sensação de paladar e deglutição, levando a uma alteração nutricional (Vernillo, 2003).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com Diabetes

Os médicos dentistas devem reconhecer os sinais e sintomas da DM: polidipsia, poliúria, polifagia, perda de peso e fraqueza, e a sua relação com as complicações orais existentes, referenciando o paciente se suspeitar de DM não diagnosticada. As consultas devem centrar-se na educação e aconselhamento dietético, para além do tratamento dentário e das lesões orais, devendo testar-se a glucose sanguínea com um glucómetro, para prevenir a hipoglicemia profunda, estando preparado para lidar com uma emergência de hipo- ou hiperglicemia (Vernillo, 2003) (Sollecito *et al.*, 2005) (Azodo, 2009) (Álamo, Soriano e Pérez, 2011).

O conhecimento da história clínica é essencial, quanto às medicações, regime e grau de controlo glicémico e complicações sistémicas existentes, consultando o médico assistente sobre modificações no plano de tratamento, aquando de procedimentos cirúrgicos. As consultas devem ser curtas e ocorrer de manhã, para reduzir o stress, tendo feito as refeições normais, não devendo coincidir com os picos de actividade da insulina, por ser o período de risco de hipoglicemia. Deve controlar-se a ansiedade e, se se verificar necessário, recorrer a medicação sedativa. Se no pós-operatório o paciente sentir dificuldade em comer alimentos sólidos, deve modificada a dieta para alimentos moles e líquidos, mantendo-se um controlo cuidadoso do estado do paciente. (Vernillo, 2003) (Azodo, 2009).

No caso de uma emergência de hipoglicemia, a criança demonstrará confusão, palidez, tremores, agitação, sudorese, taquicardia e, possivelmente, perda de consciência. O médico dentista deve, então, administrar glicose (açúcar, leite ou refrigerante), devendo aplicar 25 a 30ml de dextrose a 50% ou 0,5 a 1mg de glucagon por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea se o paciente estiver inconsciente ou sedado (Vernillo, 2001) (Azodo, 2009) (Wilson *et al.*, 2010) (Álamo, Soriano e Pérez, 2011).

No caso de hiperglicemia, o paciente sentirá náuseas, desorientação, cólicas abdominais e fadiga, devendo administrar-se uma pequena dose de insulina. Nalguns casos, a hiperglicemia pode apresentar sintomas semelhantes à hipoglicemia. Se não se dispuser de um glucómetro e o paciente estiver consciente com sintomas sugestivos de hipoglicemia, deve administrar-se uma tablete de glicose, tratando o paciente presumivelmente como uma hipoglicemia, dado que, se se tratar de uma hiperglicemia, a quantidade adicional de hidratos de carbono não deverá piorar a situação (Vernillo, 2001) (Azodo, 2009) (Wilson *et al.*, 2010) (Álamo, Soriano e Pérez, 2011).

O plano de tratamento deve ser organizado de forma a incluir consultas de controlo para examinação, profilaxia de complicações orais e manutenção de uma boa saúde periodontal, receitando-se flúor tópico se o paciente apresentar um alto risco de cárie, considerando-se a prescrição de tratamento paliativo e de suporte para a xerostomia, como substitutos salivares (Azodo, 2009).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 4 (página 73).

8 – Cancro

O cancro é uma doença incomum em crianças, embora seja das principais causas de mortalidade infantil. Os tipos de cancro observados em crianças variam bastante dos encontrados em adultos, sendo os mais comuns a leucemia, o linfoma e os tumores cerebrais. Destes, a malignidade mais frequente é a leucemia e, dentro desta, a mais verificada é a leucemia linfoblástica aguda (Cho, Cheng e Cheng, 2000) (Carrillo *et al.*, 2010) (Fonseca, 2010) (Xavier e Hegde, 2010).

A ressecção cirúrgica, a radioterapia e a quimioterapia são as terapias usadas, isolada ou combinadamente, no cancro da cabeça e do pescoço. No entanto, apresentam impactos negativos nos tecidos moles e duros da cavidade oral em cerca de 90% dos pacientes oncológicos, para além do efeito directo da doença em si, sendo que estas complicações, agudas ou crónicas, podem ocorrer no período do tratamento ou a seguir e influenciam a longevidade e a qualidade de vida, o que é significativo em crianças menores de 5 anos, que podem ainda não ter tido a sua primeira avaliação dentária, pelo que um controlo oral cuidadoso pode reduzir estes problemas e melhorar a sua qualidade de vida (Hong *et al.*, 2009) (Craig, Gibson e Glenny, 2010).

i – Características importantes para a Medicina Dentária

A terapia do cancro é baseada em regimes de tratamento por fases, com múltiplos agentes de quimio e radioterapia, para induzir e manter a remissão. Pelo sucesso crescente destes tratamentos, há maior probabilidade de encontrar, no consultório, crianças que estão ou estiveram sob o seu efeito. O tipo de agentes quimio e radioterapêuticos, a dosagem e a frequência de administração são importantes factores relacionados com a terapia, que afectam o desenvolvimento da toxicidade no sistema estomatognático (Xavier e Hegde, 2010).

Dado que as infecções orais e dentárias podem complicar ou atrasar o tratamento oncológico, devem aplicar-se programas preventivos de cuidados orais com uma intervenção dentária prévia e radical, que minimize o risco de complicações orais ou sistémicas e melhore a qualidade de vida, sendo os tratamentos, de preferência, completados antes do início da terapia oncológica (Faculty of Dental Surgery, 2004) (Rosales *et al.*, 2009) (Xavier e Hegde, 2010).

O diagnóstico de cancro é devastador para as famílias, que dão grande preocupação ao tratamento médico da criança e pouca atenção aos seus cuidados orais, embora estes não devam ser subestimados, pois as lesões orais não tratadas são dolorosas e influenciam negativamente a alimentação da criança. Exames orais antes, durante e após a terapia oncológica são importantes, pois as lesões poderão estar latentes, irrompendo aquando

do início do tratamento, levando a situações que ameacem a vida da criança quando esta se encontrar imunodeprimida (Cho, Cheng e Cheng, 2000).

ii – Condições orais associadas

Os sinais e sintomas da leucemia podem surgir na cavidade oral, induzindo a procura de tratamento dentário ou sendo encontrados acidentalmente num exame dentário de rotina. As alterações orais mais encontradas são: palidez das mucosas ou uma coloração púrpura das mesmas, linfadenopatias, inflamação e sangramento gengival, petéquias, inflamação da língua, parestesias e sinais de infecções fúngicas. Estas lesões devem chamar a atenção do profissional dentário especialmente se associadas a febre, palidez, indisposição, fraqueza, anorexia e perda de peso (Cho, Cheng e Cheng, 2000).

As complicações orais da quimio e radioterapia incluem a mucosite, uma inflamação da membrana mucosa da cavidade oral, com vermelhidão, perda da barreira epitelial e ulceração, que surge entre 4 a 7 dias após o início da quimioterapia, embora possa surgir mais tarde, normalmente 12 a 15 dias, no caso da radioterapia. Tem resolução completa entre 7 a 14 dias após o início, sendo as zonas afectadas o palato mole, a orofaringe, a mucosa labial e vestibular, o pavimento da boca e as superfícies ventral e laterais da língua. Há também uma elevada incidência de infecções, como as fúngicas, por *Candida*, com sensação de queimadura, alteração do paladar e problemas de deglutição; e as víricas, como vírus herpes simples que provoca dor e prejudica a hidratação e a nutrição (Lalla *et al.*, 2010) (Xavier e Hegde, 2010).

Há alterações no fluxo e composição salivar, com xerostomia, cerca de 14 horas após a instituição da terapia oncológica, que dura de dois meses a dois anos e pode culminar em perda de paladar, disfagia e, pelas alterações da flora oral, pela mucosite e imunossupressão, em doença periodontal. Os ameloblastos e odontoblastos, danificados pela quimioterapia, levam a raízes curtas, finas e afiladas ou esmalte hipomineralizado ou hipomaturado, verificando-se alterações de forma (microdontia, macrodontia e taurodontia) ou de número (hipodontia ou anodontia) com modificações nos padrões de erupção (Faculty of Dental Surgery, 2004) (Carrillo *et al.*, 2010) (Xavier e Hegde, 2010) (Najafi, Tohidastakrad e Momenbeitollahi, 2011).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos oncológicos

Mais de 90% das crianças em tratamento para a leucemia sofrem de complicações orais, pelo que a eliminação prévia de problemas dentários e uma boa higiene durante o tratamento podem reduzir a ocorrência e severidade das complicações orais (Xavier e Hegde, 2010).

a. Antes do tratamento oncológico

Pelo menos um mês antes do tratamento da leucemia, deve ser avaliada a saúde oral da criança para identificar problemas orais agraváveis pela medicação, organizando-se um plano de tratamento para reduzir complicações orais durante e após a terapia. A higiene e a reabilitação oral devem ser eficazes e agressivas, essencialmente no caso de transplante de medula óssea. Idealmente, os procedimentos dentários devem estar completos antes da terapia oncológica; se tal não for possível, deve dar-se prioridade a infecções, extracções, tratamento periodontal, causas de irritação dos tecidos, endodontias de dentes permanentes e correcção de restaurações fracutradas (Fonseca, 2010) (Xavier e Hegde, 2010).

É necessária comunicação com o oncologista da criança para coordenar o tempo dos procedimentos. As infecções durante o período de neutropenia são a causa de morte mais frequente em pacientes oncológicos, devendo minimizar-se esse risco, pelo perigo de uma septicemia durante a quimioterapia, que se sobrepõe aos benefícios da conservação dos dentes na cavidade oral (Cho, Cheng e Cheng, 2000).

b. Durante o tratamento oncológico

Os cuidados dentários devem manter-se para diminuir a incidência e severidade das sequelas do tratamento, com uma higiene oral efectiva durante o mesmo, independentemente do estado hematológico da criança. Nesta fase, o risco de cárie dentária é elevado por os pais mimarem a criança com alimentos pouco saudáveis, serem prescritos às crianças suplementos nutricionais ricos em hidratos de carbono, para

manterem ou ganharem peso, e as medicações conterem grandes quantidades de açúcar. Os procedimentos de emergência neste período devem ser realizados depois da consulta com o oncologista, por ser crucial uma temporização apropriada para os tratamentos, sendo o risco de infecção superior 7 a 10 dias após a indução da terapia, quando a contagem de neutrófilos decresce drasticamente (Fonseca, 2010) (Xavier e Hegde, 2010).

c. Após o tratamento oncológico

Os pacientes devem ser seguidos cuidadosamente até que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos, com visitas de controlo trimestrais, no primeiro ano, e semestrais nos anos seguintes, mantendo-se medidas preventivas como escovagem, utilização de fio dentário, controlo dietético e aplicações tópicas de flúor. Crianças com transplante de medula óssea podem não ser capazes de realizar nenhum procedimento dentário por mais de um ano, pela quebra no sistema imune, pelo que, a cada consulta, análises sanguíneas recentes devem ser avaliadas. É responsabilidade do profissional dentário o dever de informar os pais relativamente a quaisquer possibilidades de efeitos secundários da quimioterapia a longo prazo na dentição, na mucosa oral e no complexo craniofacial (Xavier e Hegde, 2010).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 5 (página 76).

9 – Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DC) mais comuns em crianças são as doenças cardíacas congénitas (DCC), com uma prevalência de 30%, ou seja, 8 crianças em cada 1000 nascimentos vivos. Os cuidados neonatais e os procedimentos cirúrgicos têm progredido, levando a maior sobrevivência, desafiando os procedimentos dentários, pela maior susceptibilidade das crianças à endocardite bacteriana; no entanto, estas crianças necessitam de cuidados dentários seguros, em idades tão precoces quanto possível (Saunders e Roberts, 1997) (Tasioula, Balmer e Parsons, 2008).

A bacteremia implica a presença de bactérias na corrente sanguínea e pode ser causada por procedimentos dentários invasivos, podendo culminar em endocardite bacteriana que, apesar de pouco incidente, coloca em risco a vida da criança, com uma elevada taxa de mortalidade (Sykes e Farrington, 2007) (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

Nestes pacientes é relevante, ainda, a hipertensão, uma pressão sanguínea que excede o limiar que separa os indivíduos em risco de resultados adversos (como ataques vasculares cerebrais ou eventos miocárdicos) daqueles que não apresentam esse risco, com crescente incidência em crianças e adolescentes. A hipertensão primária ou essencial corresponde a uma elevação da pressão sanguínea sem a presença de uma etiologia óbvia. Em crianças, no entanto, é mais prevalente a hipertensão com uma causa secundária, como sejam as próprias DC, entre outras (Pinto, Roldan e Sollecito, 2006).

i – Características importantes para a Medicina Dentária

Apesar de os pais das crianças com DC conhecerem as doenças debilitantes que põem em risco a vida dos filhos, geralmente desconhecem que a falta de saúde oral poderá levar ao sangramento gengival, um problema potencial para a condição médica do paciente (Saunders e Roberts, 1997).

É de referir que a intervenção cirúrgica precoce e o sucesso do controlo das doenças cardíacas congénitas acarretam a possibilidade de uma redução no grau e duração dos distúrbios sistémicos, como a cianose, durante os estágios mais prematuros da formação dentária, pelo que, nos próximos anos, poderá ser de esperar uma redução da prevalência de defeitos do esmalte em crianças com doenças cardiovasculares, quando comparadas com estudos prévios, realizados há décadas atrás (Tasioula, Balmer e Parsons, 2008).

Os pacientes com DCC têm um risco superior de endocardite bacteriana pelo fluxo sanguíneo anormal no coração, que permite às bactérias colonizarem o miocárdio. Assim, procedimentos como pequenas lacerações que criem uma porta de entrada na

corrente sanguínea para a flora oral, podem ser problemáticos; no entanto, até actividades diárias, como a escovagem dentária e utilização de fio dentário, podem criar este risco. Nas infecções pós-operatórias estão envolvidas bactérias como o *Streptococcus viridans*, o *Staphylococcus aureus*, enterococos, pseudomonas e candida, recomendando-se uma profilaxia antibiótica efectiva e directa, pouco antes do procedimento (Sykes e Farrington, 2007) (Council on Clinical Affairs, 2008-2009).

O tratamento da hipertensão é baseado na perda de peso, que reduz a sensibilidade ao sal e outros factores de risco cardiovasculares, através de aconselhamento dietético e exercício físico regular. Quanto à terapia farmacológica, ainda controversa e pouco estudada em crianças, é usada na hipertensão sintomática ou quando há insucesso das técnicas não-farmacológicas referidas, como sejam os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores dos receptores de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos (Pinto, Roldan e Sollecito, 2006).

ii – Condições orais associadas

Têm sido reportados defeitos do esmalte, como hipoplasias, e microdontia, pela hipoxia crónica que altera a actividade ameloblástica, durante a formação do esmalte, por distúrbios sistémicos como o defeito cardíaco e complicações cirúrgicas associadas à DC. Estas crianças têm um elevado nível de doença oral, como xerostomia, pela terapia anti-hipertensiva, da qual podem decorrer doença periodontal e ulcerações orais e cáries activas não tratadas, por factores como os defeitos do esmalte, a toma crónica de medicação açucarada e a alimentação repleta de hidratos de carbono; é significativo o envolvimento pulpar da dentição decídua, a nível do prognóstico dos dentes afectados e da saúde geral da criança (Pinto, Roldan e Sollecito, 2006) (Tasioula, Balmer e Parsons, 2008).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com DC

O cardiologista deve ser contactado sobre a enfermidade cardíaca da criança, pois alguns procedimentos cirúrgicos permitem a cessação de cobertura antibiótica seis

meses após a cirurgia. No entanto, é necessário ter em conta que as crianças, normalmente, requerem cobertura antibiótica mais frequentemente que os adultos. Se a criança estiver a tomar um antibiótico e necessitar de profilaxia antibiótica, o médico dentista deve prescrever um de classe diferente ao que o paciente está a fazer e não aumentar a dose desse mesmo. Se não for possível, aconselha-se o reagendamento da consulta para nove dias após a cessação do antibiótico, reduzindo a emergência de organismos resistentes e permitindo o restabelecimento dos susceptíveis à antibioterapia (Soxman, 2000).

A prescrição de antibióticos a crianças deve ter em conta o seu peso, não devendo a dose máxima pediátrica ultrapassar a dose de adulto, mesmo que se verifique obesidade. Nas crianças com DC, devem ser aplicados aparelhos removíveis, que permitam a remoção e limpeza profunda, evitando habitats para as bactérias. Ainda assim, se, após um procedimento dentário, se verificar febre, indisposição, arrepios nocturnos, fraqueza, mialgia, atralgia ou letargia, num período de incubação de cerca de duas semanas, o cardiologista deve ser notificado (Soxman, 2000).

A medição da pressão sanguínea deve fazer parte dos protocolos clínicos em procedimentos com utilização de anestesia local, sedação consciente ou anestesia geral, nas crianças com idade superior a 3 anos com hipertensão conhecida e naquelas com factores de risco cardiovasculares, como história familiar de DC. Valores muito elevados indicam uma condição médica crónica ou incontrolada, necessitando de avaliação médica antes do início dos tratamentos dentários (Pinto, Roldan e Sollecito, 2006) (Viswanathan *et al.*, 2010).

A medicação para controlo da dor deve ter em atenção as interacções entre os anti-inflamatórios não-esteróides e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os diuréticos, devendo a prescrição ser realizada por um curto período de tempo, inferior a 10 dias, evitando-se a diminuição do efeito anti-hipertensor destes fármacos. Em crianças com hipertensão mal controlada, não devem ser utilizados anestésicos locais com vasoconstritores (Pinto, Roldan e Sollecito, 2006).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 6 (página 80).

10 – Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é causa de uma doença progressiva, com disfunção e deficiência do sistema imune, cujas alterações levam a infecções oportunistas, condições auto-imunes e neoplasmas, elevando a sua morbidade e mortalidade. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é o último estágio da infecção por VIH, considerado, agora, uma doença crónica, pois os pacientes infectados vivem mais anos, pela maior compreensão do processo da doença e desenvolvimento de fármacos usados em terapias activas anti-retrovirais. Assim, cada vez mais os profissionais dentários têm uma maior probabilidade de encontrar crianças e adolescentes com esta patologia (Berentsen e Catapano, 2001) (Moswin e Epstein, 2008) (Galvan, 2010).

As crianças infectadas no período perinatal podem experienciar poucos ou nenhuns sintomas durante anos, enquanto noutras a doença pode progredir rapidamente. São sequelas os episódios agudos, hospitalizações, alterações do crescimento e desenvolvimento e dificuldade em alcançar o peso corporal ideal, enquanto se mantêm em regimes de múltiplas medicações para toda a vida. A sua saúde precária interfere com os cuidados orais apropriados, um importante aspecto do controlo da infecção pelo VIH. Sendo a adolescência a fase dos comportamentos de risco, como história de abuso de drogas e álcool e exploração da actividade sexual, os profissionais dentários devem manter relações de confiança com os jovens, prevenindo-os quanto a estes riscos (Berentsen e Catapano, 2001) (Moswin e Epstein, 2008).

i – Características importantes para a Medicina Dentária

O médico dentista pode suspeitar de uma infecção por VIH numa criança, pois as lesões orais estão entre as mais precoces manifestações desta, podendo desenvolver-se em qualquer altura, no decorrer da doença. Após reconhecer os sinais, como lesões e infecções orais incomuns frequentes, atraso no desenvolvimento neurológico e no

crescimento em altura e em peso apropriados para a idade, doenças respiratórias, infecções e hospitalizações repetidas, febres baixas crónicas e diarreias, deve reportá-los ao médico da criança (Berentsen e Catapano, 2001) (Moswin e Epstein, 2008).

A terapia anti-retroviral inclui, entre outros, inibidores da transcriptase reversa, inibidores de fusão e inibidores da protease, que podem reduzir a metabolização de sedativos como o midazolam, utilizados para redução da ansiedade nas consultas dentárias, o que aumenta o seu efeito sedativo, podendo ser atingida uma depressão respiratória indesejável. Aconselha-se, assim, a prescrição de diazepam para controlo do stress nestas crianças; a meperidina é, também, contra-indicada; o cetoconazol interage com inibidores da transcriptase reversa, sendo preferível o fluconazol sistémico aquando de infecções de candidíase na cavidade oral (Moswin e Epstein, 2008) (Galvan, 2010).

As medicações anti-retrovirais podem ser tóxicas para o fígado, devendo determinar-se da sua função antes dos procedimentos, pelo risco de infecções e do potencial de sangramento, levando à necessidade de cobertura antibiótica profilática e de medidas hemostáticas durante cirurgias. Os pacientes imunocomprometidos apresentam um risco superior de complicações pós-operatórias, no tratamento de fracturas mandibulares e extracções dentárias. As precauções universais devem ser utilizadas com todos os pacientes, independentemente da possibilidade de serem, ou não, infectados com VIH. No entanto é importante o conhecimento de que a transmissão ocupacional do VIH é extremamente rara, rondando os 0,3%, mesmo com lesões acidentais da pele com algum instrumento (Dodson, 1997) (Galvan, 2010).

ii – Condições orais associadas

É comum, em crianças com VIH, um aumento do volume da glândula parótida, num estágio mais avançado da infecção, com uma progressão mais lenta. Também são comuns infecções por *Candida*, na forma de queilite angular, associada a uma progressão rápida da infecção para SIDA; infecções virais como herpes e citomegalovírus; e infecções bacterianas, que culminam em cáries e doença periodontal, com má higiene oral, gengivite, lesões dos tecidos moles, periodontite e gengivite

ulcerativas necrozantes e eritema gengival linear. É possível também encontrar úlceras aftosas, que dificultam a alimentação pela sensação dolorosa, alterações das glândulas salivares, leucoplasia pilosa e neoplasmas como Sarcoma de Kaposi (Berentsen e Catapano, 2001) (Patton e Glick, 2001) (Galvan, 2010).

As cáries da dentição decídua têm uma prevalência superior às da população pediátrica em geral, pelas dietas com alto teor de açúcares, os fracos cuidados orais e de ingestão de flúor, os medicamentos doces que provocam xerostomia e a falta de acesso a cuidados dentários (Berentsen e Catapano, 2001) (Patton e Glick, 2001) (Galvan, 2010).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos infectados por VIH

Se a família não der informações quanto à infecção por VIH ou se se suspeitar desta, deve rever-se a história médica sobre factores de risco, pedindo o consentimento dos pais para obter a informação sobre esta doença; deve compreender-se a vontade da família para a discussão sobre este tema com a criança, esclarecendo se o paciente foi ou não informado sobre o seu estado relativamente ao VIH (Berentsen e Catapano, 2001).

A comunicação com o médico assistente da criança é importante, requisitando-se informações sobre alterações do sangramento, alergias, condições médicas associadas, profilaxia antibiótica, contagem de células T CD4, carga viral, função do fígado e a medicação corrente do paciente, sobre a qual devem ser avaliados os níveis de açúcar que contenham e as potenciais interações com outros fármacos. Quaisquer alterações do plano de tratamento devem basear-se no estado médico do paciente e não na presença da infecção (Berentsen e Catapano, 2001) (Moswin e Epstein, 2008) (Galvan, 2010).

As crianças infectadas com VIH devem ter consultas dentárias logo que possível, para prevenção e tratamento das complicações orais, explicando-se à família e à criança ou adolescente a relação entre a condição médica e a saúde oral. Devem ser envidados esforços no sentido de compreender os problemas psicossociais, médicos e familiares

associados à doença; tendo em conta esses factos e a avaliação facial, oral e dentária da criança em cada visita, o plano de tratamento deve incluir consultas periódicas para exame, a cada três a seis meses, monitorizando e tratando as doenças orais, reforçando-se as instruções de higiene oral e implementando um regime regular de utilização de gel de flúor (Galvan, 2010).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 7 (página 84).

11 – Paralisia Cerebral

Pacientes especiais com distúrbios neuropsicomotores são aqueles cujo equilíbrio harmónico do órgão cerebral foi interrompido, demonstrando desvios dos comportamentos normais, sendo necessária a aplicação de uma abordagem diferente e de uma atenção especial para com estes indivíduos (Abreu, Franco e Calheiros, 2009).

Dentro destes distúrbios, encontramos a paralisia cerebral (PC), condição neurológica crónica, não progressiva, com uma elevada prevalência e morbidade significativa, provocada por danos num cérebro imaturo. As causas poderão ser pré, peri ou pós-natais, como a prematuridade, infecções maternas prévias ao nascimento, radiações, abuso de drogas ou álcool por parte da mãe, lesões durante o parto, entre outras (Resende *et al.*, 2007) (Abreu, Franco e Calheiros, 2009) (Jaccarino, 2009).

A PC é a segunda deficiência neurológica mais comum na infância, afectando cerca de uma a quatro crianças em 1000 nascimentos. Não corresponde a um processo de doença, não progredindo para estágios piores ao longo da vida, embora não seja curável. Em termos de classificação, a PC pode ser dividida em espástica, discinética, atáxica e mista (Jaccarino, 2009).

As crianças afectadas desenvolvem desordens degenerativas, como osteoartrite e problemas respiratórios, com alterações em variadas partes do corpo ou mesmo paralisia de um membro. Segundo Sabbagh-Haddad, citado por Abreu, Franco e Calheiros (2009), os pacientes podem ser afectados por diversos transtornos que levarão a uma

incapacidade de controlar o corpo, com convulsões, falta de coordenação e de equilíbrio (Abreu, Franco e Calheiros, 2009) (Jaccarino, 2009).

i – Características importantes para Medicina Dentária

Os portadores de PC podem manifestar: deficiência mental, alterações sensoriais, dificuldades na fala, descontrolo dos movimentos corporais, convulsões, musculatura rígida, com resistência ao movimento, ou musculatura flácida e fraca, incapacitando o paciente para estar de pé ou manter a cabeça elevada e tremores musculares involuntários, em parte ou na totalidade do corpo, que resulta em disartria e disfagia, necessitando de uma dieta mole. Os sintomas vão de suaves a severos, estes últimos precisando de cuidados constantes, cadeira de rodas, dispositivos como instrumentos de comunicação, terapia da fala e ocupacional, medicação para reduzir ou controlar movimentos corporais involuntários, e cirurgia, para manter e melhorar a função corporal (Abreu, Franco e Calheiros, 2009) (Jaccarino, 2009).

Lidar com crianças com PC é um desafio para o profissional dentário, pelos reflexos primitivos e anormais, originados em respostas involuntárias que afectam a postura e os movimentos. Isto pode resultar do movimento forçado da cabeça do paciente pelo médico dentista, da criança se sentir assustada ou da transferência da cadeira de rodas para a cadeira dentária. Os reflexos são mais intensos quanto maior o esforço para os controlar, com endireitamento e rigidez dos membros (Jaccarino, 2009).

ii – Condições orais associadas

É observado um alto índice de gengivite e doença periodontal nestes pacientes, devido à falta de higienização e consciencialização dos responsáveis quanto aos cuidados orais e pela medicação de controlo das convulsões, como a Fenitoína, que causa aumento gengival. Associado a isto está o facto o transtornos nos músculos orais, na coordenação motora e nas funções da respiração, provocando uma má oclusão, geralmente Classe II de Angle, com mordida aberta anterior, devida aos movimentos linguais e musculares anormais; como consequência, observa-se falta de selamento labial, com constante saída de saliva babante para o exterior da cavidade oral, trauma oclusal, dentário e fracturas,

com avulsão dentária, bruxismo e alterações da articulação temporomandibular (Abreu, Franco e Calheiros, 2009) (Resende *et al.*, 2007) (Jaccarino, 2009).

São frequentes as lesões cáries, devido à utilização de biberões com bebidas açucaradas e, mais tarde, à dieta mole, com dificuldade em utilizar a musculatura oral e peri-oral para remover os resíduos da cavidade oral; há, ainda, uma prevalência elevada de hipoplasia do esmalte, respiração oral e xerostomia provocada por fármacos (Resende *et al.*, 2007) (Jaccarino, 2009).

iii – Proposta de boas práticas para o atendimento clínico dos pacientes pediátricos com PC

Para estas crianças, as consultas devem ser de manhã cedo, permitindo-se que sejam mais prolongadas, pelo tempo necessário, devendo ser discutido com a família ou encarregados do paciente quais as modalidades de tratamento preferidas pela criança. Os tratamentos mais indicados são a prevenção e manutenção da saúde oral ao invés do tratamento restaurador, quase impossível em ambulatório, embora haja risco em submeter estes pacientes a anestesia geral (Resende *et al.*, 2007) (Jaccarino, 2009).

Os movimentos incontrolláveis do corpo são um desafio para o tratamento dentário e para as radiografias intra-orais, embora não devam ser parados; deve colocar-se e manter-se o paciente no centro da cadeira dentária, com a cabeça na linha média, através de movimentos suaves dos antebraços do médico, permitindo-lhe a adopção da posição natural do corpo; deve prever-se qualquer movimento do paciente, trabalhando consoante os seus trejeitos e prevenir sons súbitos que possam incitar estes movimentos (Resende *et al.*, 2007) (Jaccarino, 2009).

Pode considerar-se a utilização de relaxantes musculares ou sedação, sendo que, independentemente disso, os instrumentos dentários devem ser introduzidos lentamente na cavidade oral. Alguns dispositivos de controlo físico podem ter de ser usados, como abre-bocas, se for tolerado, faixas de pano em torno do corpo, almofadas, coletes, entre outros (Jaccarino, 2009).

A higienização oral é especialmente importante nestes pacientes com distúrbios neuromusculares, devendo instruir-se os pais ou encarregados de que a sua realização é de extrema importância. Podem ser aconselhadas escovas dentárias eléctricas modificadas, dispositivos de aplicação de fio dentário e podem estar indicados bochechos de clorhexidina e de flúor, para além de pastas dentífricas fluoretadas (Jaccarino, 2009).

Para mais fácil visualização da proposta de protocolo, pode consultar-se a informação sistematizada em forma de quadros, no Anexo 8 (página 87).

III – Conclusão

Pacientes com necessidades especiais são crianças que precisam de cuidados especiais, nas quais o tratamento dentário visa eliminar ou evitar as dificuldades provenientes de uma limitação emocional, intelectual, social ou patológica.

É importante o odontopediatra reconhecer os diferentes grupos de crianças com necessidades especiais, para melhorar a abordagem e os procedimentos específicos que pode providenciar, sendo essencial para o sucesso destes a construção de uma relação de confiança entre o profissional, os pacientes e os pais ou responsáveis.

A limitar o contacto do paciente com estes cuidados está a crença de que a sua condição médica assume maior relevância no estado geral da criança do que a sua saúde oral, especialmente quando se desconhece a relação entre esta última e a saúde sistémica; os cuidados dentários tornam-se, assim, numa das necessidades de saúde não satisfeitas neste tipo de pacientes.

Constituindo um desafio para o médico dentista estão: a capacidade mental; os problemas de mobilidade; os movimentos corporais incontroláveis; as condições sistémicas associadas às suas enfermidades, como as doenças cardíacas, convulsões e outro tipo de deficiências; as condições orais comuns a cada grupo populacional especial; e o aumento das taxas de cárie e doença periodontal. Para além dos conhecimentos teóricos, o profissional dentário deve ter flexibilidade e paciência que lhe permitam providenciar os tratamentos adequados aos pacientes especiais.

As oito condições médicas contempladas neste trabalho foram escolhidas pela sua elevada prevalência de aparecimento nos consultórios médico-dentários, para além de constituírem aquelas sobre as quais a literatura científica apresenta mais informação relativamente a condições orais associadas, características que influenciam os procedimentos dentários e indicações de boas práticas para o seu atendimento clínico no consultório.

Este trabalho apresentou, então, propostas de protocolos clínicos para estas condições médicas existentes, nas quais se verificou que o tratamento dentário, para qualquer criança, só pode ser bem sucedido se começar pela obtenção de conhecimento cuidado da sua história médica, condições e medicações associadas, bem como pelo contacto estrito entre o odontopediatra e o médico assistente, o que facilita e assegura as opções tomadas para o plano de tratamento e para a prescrição de medicação.

De igual modo importante é a decisão ponderada relativamente às técnicas de controlo de comportamento a utilizar em cada criança, tendo em conta as suas especificidades individuais relacionadas com a sua condição médica.

Os protocolos propostos demonstraram, também, que uma parte essencial dos procedimentos dentários passa pela motivação quanto à higienização oral em casa, sendo que a aderência a esta influencia não só os resultados em si, mas também a frequência de consultas e os planos de tratamento idealizados para cada paciente.

Foi possível concluir, depois de revista toda a bibliografia, que existe um grande défice, na literatura científica actual, de protocolos clínicos de actuação em consultório dentário para pacientes pediátricos com o tipo de condições médicas apresentadas, o que justificou o objectivo deste projecto de propor protocolos sistematizados que guiassem a actuação do odontopediatra, permitindo-lhe providenciar procedimentos eficazes e seguros nestas crianças.

IV – Bibliografia

Abreu, K., Franco, S. e Calheiros, P. (2009). Abordagem odontológica para pacientes portadores de distúrbios neuropsicomotores, *Facimed*, 1(1), pp. 1-19.

Álamo, S., Soriano, Y. e Pérez, M. (2011). Dental considerations for the patient with diabetes, *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 3(1), pp. 25-30.

Alves, C. *et alli.* (2009). Oral Health Knowledge and Habits in Children with Type 1 Diabetes Mellitus, *Brazilian Dental Journal*, 20(1), pp. 70-73.

American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2008). Definition of Special Health Care Needs, *Reference Manual*, 33(6), p. 16.

American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2008-2009). Guideline on management of dental patients with special health care needs, *Pediatric Dentistry*, 30(7), 107-111.

American Academy of Pediatric Dentistry Clinical Affairs Committee e American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2008-2009). Guideline on Antibiotic Prophylaxis for Dental Patients at Risk for Infection, *Pediatric Dentistry*, 30(7), pp. 215-218.

American Academy of Pediatric Dentistry Ad Hoc Committee on Pedodontic Radiology, American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2008-2009). Guideline on prescribing dental radiographs for infants, children, adolescents, and persons with special health care needs, *Pediatric Dentistry*, 30(7), 236-237.

Azodo, C. (2009). Current trends in the management of diabetes mellitus: the dentist's perspective, *Journal of Postgraduate Medicine*, 11(1), pp. 113-129.

Becker, A., Chaushu, S., Shapira, J. (2004). Orthodontic Treatment for the Special Needs Child, *Seminars in Orthodontics*, 10, pp. 281-292.

Berentsen, B. e Catapano P. (2001). Oral Health Management in Children and Adolescents with HIV Infection, *New York State Department of Health AIDS Institute*, pp. 41-54.

Bergman, S. (2007). Perioperative management of the diabetic patient, *Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 103(6), pp. 731-737.

Busato, I. *et alli*. (2010). Association between metabolic control and oral health in adolescents with type 1 diabetes mellitus, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 109, pp. 51-56.

Carrillo, C. *et alli*. (2010). Dental approach in the pediatric oncology patient: characteristics of the population treated at the dentistry unit in a pediatric oncology Brazilian teaching hospital, *Clinics (São Paulo, Brazil)*, 65(6), pp. 569-573.

Charles, J. (2010). Dental Care In Children With Developmental Disabilities: Attention Deficit Disorder, Intellectual Disabilities, and Autism, *Journal of Dentistry for Children*, 77(2), pp. 84-91.

Cheng, R., Yiu, C. e Leung, K. (2011). Oral Health in Individuals with Down Syndrome. In: Dey, S. (Ed). *Prenatal Diagnosis and Screening for Down Syndrome*. Hong Kong, China, InTech, pp. 59-76.

Cho, S., Cheng, A. e Cheng, M. (2000). Oral care for children with leukaemia, *Hong Kong Medical Journal*, 6(2), pp. 203-208.

Coté, C. e Wilson, S. (2006). Guideline for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures, *Pediatrics*, 118(6), pp. 185-201.

Craig, J., Gibson, F. e Glenny, A. (2010). Audit to monitor the uptake of national mouth care guidelines for children and young people being treated for cancer, *Supportive Care in Cancer*, 19, pp. 1335-1341.

Crall, J. (2007). Improving Oral Health for Individuals with Special Health Care Needs, *Pediatric Dentistry*, 29(2), pp. 98-104.

DePalma, A. e Raposa, K. (2010). Building Bridges – Part 2: Understanding and Guiding the Dental Patient with Autism, *The Academy of Dental Therapeutics and Stomatology*, pp. 2-9.

Desai, S. (1997). Down Syndrome – A review of the literature, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 84(3), pp. 279-285.

Dodson, T. (1997). Predictors of postextraction complications in HIV-positive patients, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 84, pp. 474-479.

Elias, R. (1995) (Ed.). *Odontologia de Alto Risco – Pacientes Especiais*, Rio de Janeiro, Livraria e Editora Revinter.

Faculty Working Party (2004). Clinical guidelines the oral management of oncology patients requiring radiotherapy, chemotherapy, bone marrow transplantation, *Faculty of Dental Surgery*, pp.1-48.

Floyd, K. *et alli*. (2008). Oral Health Care For Children With Special Health Care Needs – A Guide for Family Members/Caregivers and Dental Providers, *ASTDD, ODF e ODA*, pp. 2-22.

Fonseca, M. (2010). Dental and oral care for chronically ill children and adolescents, *General Dentistry*, 58(3), pp. 204-209.

Friedlander, A. *et alli.* (2006). The neuropathology, medical management and dental implications of autism, *Journal of the American Dental Association*, 137(11), pp. 1517-1527.

Galvan, A. (2010). The differences between providing oral health care to HIV-infected children and HIV-infected adults: A general dentist's guide, *General Dentistry*, 58(5), pp. 424-432.

Glassman, P. *et alli.* (2009). Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs, *Special Care in Dentistry*, 29(1), pp. 2-8.

Guggenheimer, J. e Moore, P. (2009). The patient with Asthma: Implications for Dental Practice, *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 30(4), pp. 200-202, 205-207.

Hennequin, M., Morin, C. e Feine, J. (2000). Pain expression and stimulus localization in individuals with Down's Syndrome, *The Lancet*, 356, pp. 1882-1887.

Hernández, A. *et alli.* (2007). Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain, *Medicina Oral, patología oral y cirugía bucal*, 12(7), pp. 492-495.

Hong, C. *et alli.* (2009). A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy, *Supportive Care in Cancer*, 18, pp. 1007-1021.

Iida, H. *et alli.* (2010). Dental care needs, use and expenditures among U.S. children with and without special health care needs, *Journal of the American Dental Association*, 141(1), pp. 79-88.

Jaber, M. (2011). Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism, *Journal of Applied Oral Science*, 19(3), pp. 212-217.

Jaccarino, J. (2009). Treating the Special Needs Patient with Developmental Disability: Cerebral Palsy, Autism and Down Syndrome, *The Dental Assistant*, 78(6), pp. 7-8, 10-11, 34-36.

Kil, N. *et alli.* (2003). The Effects of Midazolam on Pediatric Patients with Asthma, *Pediatric Dentistry*, 25(2), pp. 137-142.

Klein, U. e Nowak, A. (1998). Autistic disorder: a review for the pediatric dentist, *Pediatric Dentistry*, 20(5), pp. 312-317.

Lalla, R. *et alli.* (2010). A systematic review of oral fungal infections in patients receiving cancer therapy, *Supportive Care in Cancer*, 18(8), pp. 985-992.

Loo, C., Graham, R. e Hughes, C. (2008). The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder, *Journal of the American Dental Association*, 139(11), pp. 1518-1524.

Marshall, J. *et alli.* (2007). Cooperation Predictors for Dental Patients with Autism, *Pediatric Dentistry*, 29(5), pp. 369-376.

Mathew, T. *et alli.* (1998). Effect of dental treatment on the lung function of children with asthma, *Journal of the American Dental Association*, 129(8), pp. 1120-1128

Moraes, M. (2007). Dental age in patients with Down Syndrome, *Brazilian Oral Research*, 21(3), pp. 259-264.

Moswin, A. e Epstein J. (2008). Essential Medical Issues Related to HIV in Dentistry, *Journal of the Canadian Dental Association*, 73(10), pp. 945-948.

Najafi, S., Tohidastakrad, Z. e Momenbeitollahi, J. (2011). The Long-Term Effects of Chemo Radiotherapy on Oral Health and Dental Development in Childhood Cancer, *Journal of Dentistry* (Tehran, Iran), 8(1), pp. 39-43.

Oliveira, A. *et alli.* (2008). Uso de serviços odontológicos por pacientes com síndrome de Down, *Revista de Saúde Pública*, 42(4), pp. 693-699.

Patton, L. e Glick, M. (2001). *Clinician's Guide to HIV-infected Patients*. Nova Iorque, The American Academy of Oral Medicine, BC Decker Inc.

Pilcher, E. (1998). Dental Care for the Patient with Down Syndrome, *Down Syndrome Research and Practice*, 5(3), pp. 111-116.

Pinto, A., Roldan, R. e Sollecito, T. (2006). Hypertension in Children: An Overview, *Journal of Dental Education*, 70(4), pp. 434-440.

Rada, R. (2010). Controversial issues in treating the dental patient with autism, *Journal of the American Dental Association*, 141(8), pp. 947-953.

Resende, V. *et alli.* (2007). Fatores de Risco para a Cárie Dentaria em Dentes Decíduos de Portadores de Necessidades Especiais, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 7(2), p. 111-117.

Rosales, A. *et alli.* (2009). Dental Needs in Brazilian Patients Subjected to Head and Neck Radiotherapy, *Brazilian Dental Journal*, 20(1), pp. 74-77.

Saunders, C. e Roberts G. (1997). Dental attitudes, knowledge, and health practices of parents of children with congenital heart disease, *Archives of Disease in Childhood*, 76, 539-540.

Sigal, A. (2009). Time to Improve Access to Oral Health Care for Persons with Special Needs, *Journal of the Canadian Dental Association*, 75(7), pp. 517-519.

Silva, Z. *et alli.* (2005). Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PURCS, *Revista Odonto Ciência*, 20(50), pp. 313-318.

Soares, M. *et alli.* (2010). Patient with Down Syndrome and Implant Therapy: A Case Report, *Brazilian Dental Journal*, 21(6), pp. 550-554.

Sollecito, T. e Tino, G. (2001). Asthma, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 92(5), pp. 485-490.

Sollecito, T. *et alli.* (2005). Systemic conditions associated with periodontitis in childhood and adolescence. A review of diagnostic possibilities, *Medicina oral, Patología oral y Cirugía bucal*, 10(2), pp. 142-150.

Soxman, J. (2000). Subacute bacterial endocarditis: considerations for the pediatric patient, *Journal of the American Dental Association*, 131, pp. 668-669.

Sykes, R. e Farrington, E. (2007). Prophylaxis for Bacterial Endocarditis Prior to Dental Procedures in Children, *Journal of Pediatric Health Care*, 21(4), pp. 256-258.

Tasioula, V., Balmer, R. e Parsons, J. (2008). Dental Health and Treatment in a Group of Children with Congenital Heart Disease, *Pediatric Dentistry*, 30(4), pp. 323-328.

Vernillo, A. (2001). Diabetes mellitus: Relevance to dental treatment, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 91, pp. 263-270.

Vernillo, A. (2003). Dental considerations for the treatment of patients with diabetes, *Journal of the American Dental Association*, 134, pp. 24-33.

Viswanathan, K. *et alli.* (2010). Monitoring Pediatric Blood Pressure at Dental Appointments, *Journal of Dentistry for Children*, 77(3), pp. 140-145.

Waldman, H., Perlman, S. e Wong, A. (2008). Providing Dental Care for the Patient With Autism, *Journal of the California Dental Association*, 36(9), pp. 663-670.

Waldman, H., Hasan, F. e Perlman, S. (2009). Down Syndrome and sleep-disordered breathing – The dentist's role, *Journal of the American Dental Association*, 140(3), pp. 307-312.

Widmer, R. (2010). Oral health of children with respiratory diseases, *Paediatric Respiratory Reviews*, 11(4), pp. 226-232.

Wilson, M. *et alli.* (2010). Diabetes mellitus and its relevance to the practice of dentistry, *Journal of the Irish Dental Association*, 56(3), pp. 128-133.

Xavier, A. e Hegde, A. (2010). Preventive Protocols and Oral Management in Childhood Leukemia – The Pediatric Specialist's Role, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11, pp. 39-43.

Zhu, J. *et alli.* (1996). Dental management of children with asthma, *Pediatric Dentistry*, 18(5), pp. 363-370.

V – Anexos

**ANEXO 1 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Autismo**

Autismo

Prejuízo severo da habilidade de comunicar, de desenvolver a linguagem, de interagir com outros e de manter o contacto apropriado, a nível emocional e social, com o mundo, diagnosticado a partir dos 2-3 anos. Observam-se capacidades de comunicação atrasadas ou ausentes, comportamentos repetitivos e estereotipados que incluem abanar as mãos e o corpo como autoagressão ou como mecanismo de relaxamento, induzidos por períodos de stress, excitação ou certos estímulos, como sons fortes.

Alguns fármacos utilizados:

- Carbamazepina (anticonvulsivante)
- Clonidina (para diminuir a hiperactividade e impulsividade)
- Fluoxetina (diminui os comportamentos compulsivos e de auto-lesão)

Ponto de contacto inicial

Entrevista telefónica ou no consultório, com os pais

Informação a obter:

- Estado pessoal e médico
- Experiências dentárias prévias (positivas ou negativas)
- Rotinas de cuidados diários, em casa e produtos usados
- Objectivos/expectativas dos pais para o tratamento dentário (a curto ou longo prazo)
- Nível de função física e comunicação
- Efeitos dos estímulos (luzes, sons)
- Variedade de comportamentos emocionais – o que acalma ou agita o paciente
- Contacto e informação sobre o principal médico da criança e outros profissionais que o paciente possa estar a consultar
- Diagnóstico actual
- Lista de medicações correntes
- Lista de alergias/sensibilidades

Providenciar aos pais figuras de objectos, pessoas, sítios ou materiais do consultório com os quais queremos que o paciente se familiarize:

- Películas radiográficas
- Espelhos intra-orais de plástico descartáveis
- Abre-bocas
- Aspiradores

Pode providenciar-se um guia de frases como apresentado a seguir.

Frases que permitem educar a criança autista sobre as visitas dentárias

A minha visita ao dentista

1. “Eu vou ao dentista para limpar os dentes e torná-los fortes”
2. “Primeiro, sento-me na sala de espera, onde posso desenhar ou brincar”
3. “Quando me chamarem, vou sentar-me na cadeira grande que deita para trás, sobe e desce. A mamã senta-se ao pé de mim”
4. “Há aparelhos no quarto e posso fazer perguntas sobre eles, mas não posso tocar-lhes. As minhas mãos têm de ficar quietas na barriga”
5. “Há uma luz que brilha para a minha boca para o dentista ver tudo”
6. “O dentista põe um guardanapo à volta do meu pescoço para me manter seco e limpo”
7. “Quando o dentista disser ‘abre’ eu abro a minha boca e o dentista põe instrumentos dentro dela para limpar os dentes”
8. “O dentista usa uma máscara na boca para se manter limpo e podem saltar gotas de água para a minha cara que o dentista limpa com o guardanapo”
9. “O dentista usa um aspirador para tirar a água e a pasta de dentes da minha boca”
10. “Algumas vezes, o dentista vai pôr um papel especial na minha boca para tirar fotografias para ver se os dentes estão partidos”
11. “Depois de a minha boca estar limpa, o dentista vai dar-me uma escova de dentes e uma pasta e depois posso receber uma prenda”
12. “Depois vamos ao balcão falar com a senhora que está atrás dele”
13. “No fim, vamos para o carro e para casa”

Consulta(s) de dessensibilização

Avaliar a capacidade de colaboração do paciente e a sua capacidade de comunicação (expressiva e receptiva). Pode não entender sinais não-verbais ou ter de usar dispositivos de comunicação como livros com imagens com as quais está familiarizado, apontando para estas consoante o que quer ou precisa

Tornar o paciente familiar com o consultório, a equipa e o equipamento

A equipa dentária pode ter de examinar o paciente numa cadeira normal ou mesmo na sala de espera ao invés de na cadeira dentária reclinada

Pedir autorização para iniciar o exame/tratamento, sem esperar resposta verbal, o tratamento pode ser executado se a criança não recusar

Iniciar exame oral apenas com os dedos ou com uma escova dentária se a criança a reconhecer

Manter rotinas, incluindo a mesma cadeira dentária, a mesma cor de babete e o mesmo sabor da pasta de polimento

O número de membros da equipa deve permanecer o mínimo possível e o paciente deve ser visto sempre pelo mesmo profissional de cada vez, pois apreciam continuidade

Consultas para tratamentos dentários
As consultas devem ser marcadas para as melhores alturas do dia para o paciente e devem ser curtas
Manter a luz longe dos olhos do paciente e diminuir ao máximo os sons produzidos e os odores fortes
Ter em atenção a presença de mordeduras labiais após a aplicação de anestesia local
<u>Estratégias preventivas:</u> <ul style="list-style-type: none">• Instruções de higiene oral• Aplicação de selantes de fissuras• Aplicação de vernizes de flúor
<u>Materiais restauradores ideais:</u> <ul style="list-style-type: none">• Compósitos de resina• Ionómeros de vidro modificados por resina
<u>Técnicas de controlo de comportamento:</u> <ul style="list-style-type: none">• Dizer-mostrar-fazer: demonstrações do procedimento com informações visuais, auditivas, olfactivas e tácteis e com frases curtas e simples. Pode ser necessário realizar várias vezes antes de completar o tratamento.• Controlo de voz<ul style="list-style-type: none">○ Mudanças de volume/inflexão da voz○ Alteração do ritmo e tom da voz• Comunicação não-verbal• Reforços positivos<ul style="list-style-type: none">○ Elogios verbais○ Ignorar comportamentos inapropriados○ Demonstração apropriada de afecto○ Brinquedos• Distracção<ul style="list-style-type: none">○ Pequeno intervalo, com tempo determinado, durante períodos de stress ou se um comportamento não é apropriado• Presença dos pais• Procedimentos avançados<ul style="list-style-type: none">○ Controlo farmacológico com diazepam ou prometazina – com atenção ao grau de sedação e depressão respiratória que podem provocar○ Uso de óxido nitroso/oxigénio por via inalatória – seguro e efectivo, reduz a ansiedade com um efeito de início rápido e recuperação rápida.○ Anestesia geral – quando as outras técnicas falharem
<u>Prescrição de medicação pós-operatória:</u> <ul style="list-style-type: none">• Consultar médico assistente sobre a possibilidade de um antibiótico desestabilizar a flora intestinal• Pode ser prescrito acetaminofeno, ou, como alternativa, o ibuprofeno• Deve ter-se atenção a possíveis interacções com medicação que o paciente esteja a fazer, como as exemplificadas no quadro a seguir

Fármaco	Utilização	Efeitos laterais/reacções e interacções
Carbamazepina	Anticonvulsivante; utilizado para estabilização do humor e do comportamento agressivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Xerostomia, estomatite e glossite; • Quando combinado com ácido acetilsalicílico ou outros fármacos anti-inflamatórios não-esteróides, pode causar sangramento excessivo; • Antibióticos como eritromicina e claritromicina podem induzir toxicidade da carbamazepina através da inibição do seu metabolismo ao nível do fígado.
Clonidina	Anti-hipertensivo; utilizado para diminuir a hiperactividade e a impulsividade, e controlar a falta de atenção.	<ul style="list-style-type: none"> • Xerostomia, disfagia e sialoadenite; • Pode causar hipotensão ortostática; • Aumenta a depressão do sistema nervoso central provocada por outros depressores utilizados em Medicina Dentária.
Fluoxetina	Antidepressivo; utilizado para reduzir os pensamentos repetitivos, os comportamentos compulsivos, a ansiedade, a depressão e prevenir as lesões auto-infligidas.	<ul style="list-style-type: none"> • Xerostomia, disfagia, sialoadenite, disgeusia, estomatite, gengivite, glossite, descoloração da língua e bruxismo; • Efeitos laterais incluem diarreia, náuseas e sonolência; • Pode inibir o metabolismo da codeína, eliminando o seu efeito analgésico, e de algumas benzodiazepinas; • Antibióticos como eritromicina e claritromicina podem inibir o metabolismo da fluoxetina.

Cuidados orais a longo prazo

Educar para a importância dos cuidados orais em casa, que podem ocorrer numa localização onde o paciente se sinta confortável e na qual coopere

- Colocação de imagens, no local da higienização oral, sobre as técnicas de escovagem dentária
- Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários

Desaconselhar dietas cariogénicas

Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção

**ANEXO 2 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Asma**

Asma

Doença respiratória crónica mais comum na infância, com episódios repetitivos de obstrução do tracto respiratório, associados a edema dos brônquios, causado por hipersensibilidade a variados estímulos, com um aumento da secreção de muco, exsudação de plasma e diminuição da acção ciliar, culminando na obstrução. O impacto do stress emocional na asma é muito importante, pela antecipação da dor ou de desconforto durante a consulta, levando à broncoconstrição.

Fármacos utilizados:

- Fármacos simpaticomiméticos (beta-adrenérgicos e agonistas dos receptores beta-2)
- Glucocorticóides

Primeira consulta

Assegurar a qualidade do controlo da doença através da obtenção de informação sobre:

- História completa da doença
- Frequência dos ataques asmáticos
- Tipo de medicação usada cronicamente e durante os ataques agudos
- O período de tempo que a criança esteve sem um episódio de emergência de ataque de asma
- Hospitalizações
- Estímulos específicos conhecidos por induzirem ataques asmáticos
- Contacto do médico assistente do paciente

O exame físico deve incluir auscultação dos pulmões, observação da taxa e profundidade de respiração, uso dos músculos acessórios para respiração, encurtamento da respiração e tosse

- Paciente asmático assintomático e bem controlado: procedimentos dentários devem ser realizados no consultório dentário
- Paciente com chiadeira ou mal controlado: deve ser reagendado
- No caso de um asmático severo: deve consultar-se o médico da criança
 - Pacientes com tendência a episódios abruptos e severos de obstrução da via aérea devem ser tratados em meio hospitalar.

Paciente deve ser instruído a trazer consigo em cada consulta o dispositivo de inalação com o broncodilatador

Motivação e instruções de higienização oral, da utilização da escova dentária, fio dentário e elixires orais

Utilização de um revelador de placa para levantamento da quantidade de placa bacteriana; destartarização e polimento

Consultas seguintes
Consultas devem ser agendadas para o fim da manhã ou da tarde
A cada visita, confirmar que o paciente tomou as doses de medicação diárias
Deve evitar-se o posicionamento em supina durante longos períodos de tempo
Controlo do medo e da ansiedade como estratégia preventiva de um episódio agudo. Se for necessário sedação consciente: <ul style="list-style-type: none">• Hidroxizina (efeito anti-histamínico e sedativo)• Benzodiazepinas (ansiolíticas e não induzem broncoconstrição)• Devem ser evitados barbitúricos e narcóticos (como morfina e meperidina)• Contra-indicação: Óxido nitroso, apesar das propriedades analgésicas e ansiolíticas, é irritante para a via aérea (é necessária a consulta do médico do paciente antes do uso deste tipo de sedação)
Materiais usados durante a consulta que podem ser fonte de asma nos pacientes: <ul style="list-style-type: none">• Materiais de restauração que com monómeros de metacrilato• Látex da borracha• Desinfetantes de gluteraldeído• Anestésicos locais com epinefrina, embora raramente seja relatado um caso de sensibilidade
<u>Estratégias preventivas:</u> <ul style="list-style-type: none">• Instruções de higiene oral• Aplicação de selantes de fissuras• Aplicação de vernizes de flúor
<u>Prescrição de medicação pós-operatória:</u> <ul style="list-style-type: none">• Evitar AINES pelo risco de sensibilidade• Acetaminofeno é o recomendado• Se os pacientes estiverem a tomar teofilina, não deve ser prescrita a eritromicina

Procedimento de emergência no caso de ataque de asma
Alturas mais propícias à ocorrência: durante e imediatamente após administração do anestésico local e durante procedimentos como extracções, cirurgias ou tratamentos pulpares
Sintomas primários: chiadeira inspiratória e expiratória; Com a progressão do episódio agudo, o paciente começa a sentir-se agitado e ansioso
O tratamento dentário deve ser terminado imediatamente e os instrumentos, o dique de borracha e gazes devem ser removidos da boca do paciente
O paciente deve ser colocado numa posição mais elevada, ou mesmo sentado, e confortável
Deve ser administrado um broncodilatador por via inalatória, como um agonista dos receptores beta 2 (albuterol) e repetido a cada 15 minutos, se necessário <ul style="list-style-type: none">○ Os corticosteróides podem ser usados como suplemento por via oral ou intravenosa, para aumentar a eficácia
Deve receber oxigénio através de uma máscara facial ou cânula nasal
Se não melhorar, ou se piorar, administrar epinefrina subcutânea e pedir ajuda médica de emergência (112) <ul style="list-style-type: none">• Solução: 1:1000• Quantidade: 0,01mg/kg• Dose máxima: 0,3mg
Manter um bom nível de oxigénio até que cesse a chiadeira ou até à chegada do transporte médico de emergência

Cuidados orais a longo prazo
Educar para a importância dos cuidados orais em casa; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários
Aconselhar os pais ou encarregados a encorajar os filhos a bochechar a boca com água após a utilização dos inaladores
Desaconselhar dietas cariogénicas
Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção

ANEXO 3 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Síndrome de Down

Síndrome de Down

Representa a aberração cromossômica mais frequente no Homem, ou seja, a condição aneuplóide mais comum que é compatível com a sobrevivência, resultante da trissomia de todo ou de uma parte crítica do cromossoma 21. Verifica-se um atraso no desenvolvimento das funções motora e mental e variados problemas cardiovasculares, endócrinos, gastrointestinais, hematológicos, neurológicos, do esqueleto, do sono, visuais e auditivos.

Primeira consulta

Pode providenciar-se aos pais, previamente, figuras de objectos, pessoas ou materiais do consultório com os quais queremos que o paciente se familiarize

Entrevista com o paciente e pais ou responsáveis:

- História médica e condições sistémicas (problemas cardiovasculares, endócrinos, gastrointestinais, hematológicos, neurológicos, entre outros)
- Questões sobre hábitos de higiene oral e de dieta
- História clínica e dentária prévias
- Determinação do nível de comunicação da criança, receptiva e expressiva
- Obtenção do contacto do médico assistente do paciente

Apresentação do paciente ao ambiente do consultório dentário, para dessensibilização quanto aos procedimentos.

Motivação e instruções de higienização oral, da utilização da escova dentária, fio dentário e elixires orais

Utilização de um revelador de placa para levantamento da quantidade de placa bacteriana; destartarização e polimento

Consultas seguintes
Consultas agendadas para de manhã cedo
Comunicação directamente com o paciente, instruções claras e curtas; um familiar deve permanecer no consultório para melhorar a comunicação
Assegurar cooperação da criança conhecendo o que a motiva, como prémios no final
<u>Estratégias preventivas:</u> <ul style="list-style-type: none">• Instruções de higiene oral• Aplicação de selantes de fissuras• Aplicação de vernizes de flúor• Manutenção da dentição decídua tanto tempo quanto possível, devido ao atraso na erupção ou possíveis ausências congénitas da dentição permanente• Observação periódica de dentes hipocalcificados, pelo risco de perda precoce. Dependendo do grau de hipoplasia:<ul style="list-style-type: none">○ Selantes○ Restaurações○ Coroas totais• Tratamento precoce e agressivo para prevenir a progressão da doença periodontal• Manter atenção quanto a sintomas como ressonância, sono irregular, posições inusuais ao dormir, fadiga e sonolência excessiva durante o dia e sinais anatómicos como uma orofaringe estreita, hipertrofia das amígdalas e macroglossia, que podem indicar apneia do sono obstrutiva
<u>Técnicas de controlo de comportamento:</u> <ul style="list-style-type: none">• Dessensibilização: treino e familiarização da criança com os procedimentos• Modificação do comportamento com música• Dizer-mostrar-fazer: demonstrações do procedimento com informações visuais, auditivas, olfactivas e tácteis e com frases curtas e simples• Controlo de voz<ul style="list-style-type: none">○ Mudanças de volume/inflexão da voz○ Alteração do ritmo e tom da voz• Reforços positivos<ul style="list-style-type: none">○ Elogios verbais○ Demonstração apropriada de afecto○ Brinquedos• Dispositivos como abre-bocas• Procedimentos avançados<ul style="list-style-type: none">○ Uso de óxido nítrico/oxigénio por via inalatória – seguro e efectivo, reduz a ansiedade com um efeito de início rápido e recuperação rápida.○ Anestesia geral – quando as outras técnicas falharem
Cuidados orais a longo prazo
Enfatizar que os cuidados orais em casa são uma parte muito importante da rotina do paciente; incentivar o controlo destes da parte dos pais; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários
Desaconselhar dietas cariogénicas e o uso de biberões com bebidas açucaradas
Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção <ul style="list-style-type: none">• Consultas semestrais ou trimestrais para raspagem e alisamento radicular na doença periodontal, com bochechos de clorhexidina e antibioterapia sistémica

**ANEXO 4 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus

Doença crónica, não transmissível, caracterizada por uma hiperglicemia causada pela deficiência absoluta ou relativa de insulina, com alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas e uma tendência de desenvolvimento de complicações vasculares, renais, oculares, neurológicas e periodontais. Pode ser classificada em tipo 1 (insulino-dependente), mais frequente em pacientes menores, e tipo 2 (não-insulino-dependente), que está a aumentar em jovens, pela obesidade.

Primeira consulta

Entrevista com o paciente e pais ou responsáveis:

- História médica
- Tipo de diabetes, complicações/condições sistémicas (hipertensão, doenças cardiovasculares, retinopatia, insuficiência renal), o tratamento recebido e estado de controlo da doença
- Questões sobre hábitos de higiene oral e de dieta
- História clínica e dentária prévias
- Obtenção do contacto do médico assistente do paciente

Motivação e instrução quanto à importância da higienização oral, da utilização da escova dentária, fio dentário e elixires orais

Utilização de um revelador de placa para levantamento da quantidade de placa bacteriana; destartarização e polimento

Consultas seguintes

Consultas devem ser curtas e agendadas para de manhã

Controlar a ansiedade; se necessário, utilizar medicação sedativa

Os familiares devem ser instruídos a fazerem os pacientes tomar as refeições normais antes dos procedimentos dentários

O que médico dentista deve saber antes dos procedimentos:

- Horas, dose e tipo de insulina que tomou antes da consulta
- Horas, quantidade e tipo de hidratos de carbono que consumiu antes da consulta

Deve ter-se disponível um glucómetro ou pedir aos pacientes diabéticos para trazerem o seu, para os monitorizar quanto à hiper ou hipoglicemia, 1 minuto antes dos procedimentos mais invasivos – estes podem ser realizados se os valores estiverem entre 100 e 200mg/dl

- Se os valores de glucose estiverem diminuídos: paciente deve consumir um hidrato de carbono de acção rápida
- Se os valores de glucose estiverem aumentados: paciente deve tomar uma pequena dose de insulina de acção rápida

Se no pós-operatório se esperar que o paciente sinta dificuldade em comer alimentos sólidos, deve ser feita uma modificação da dieta para alimentos moles e líquidos

Estratégias preventivas:

- Instruções de higiene oral
- Aplicação de selantes de fissuras
- Aplicação de vernizes de flúor
- Planos de tratamento para prevenir e tratar precocemente o estabelecimento da doença periodontal
- Utilização de profilaxia antibiótica para prevenir infecções pós-operatórias, em pacientes com mau controlo glicémico e após consulta do médico assistente

Emergência glicêmica no consultório

Sinais e sintomas da **hipoglicemia** – mais comum ocorrer com níveis de glicose sanguínea <60mg/dl:

- Confusão
- Palidez
- Tremores
- Agitação
- Sudação
- Taquicardia
- Perda de consciência

Se o glucómetro determinar **hipoglicemia**:

- Dar 10 a 20mg glucose (açúcar, 200ml de leite ou refrigerante com açúcar)
- Pode também administrar-se açúcar dissolvido sob a língua
- Se o paciente estiver sedado, incapaz de ingerir hidratos de carbono ou inconsciente, administrar 25 a 30ml de dextrose a 50% ou 1mg de glucagon por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Se a criança <25Kg ou <8 anos, apenas 0,5mg de glucagon
- Medir de novo a glucose com o glucómetro após 10 minutos
- Notificar o médico da criança

Sinais e sintomas da cetoacidose diabética por **hiperglicemia**:

- Náuseas
- Desorientação
- Cólicas abdominais
- Fadiga

Se se confirmar a hiperglicemia, o paciente pode administrar uma pequena dose de insulina, devendo reencaminhar-se para avaliação pelo médico assistente; se se verificar perda de consciência, deve-se pedir ajuda médica de emergência (112)

Nalguns casos, a **hiperglicemia pode apresentar sintomas semelhantes à hipoglicemia**. Se não se dispuser de um glucómetro e o paciente estiver consciente com sintomas sugestivos de hipoglicemia, deve administrar-se uma tablete de glucose, tratando o paciente presumivelmente como uma hipoglicemia. Se se tratar de uma hiperglicemia, a quantidade adicional de hidratos de carbono não deve piorar a situação

Cuidados orais a longo prazo

Enfatizar que os cuidados orais em casa são uma parte muito importante da rotina do paciente; incentivar o controlo destes da parte dos pais; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários

Tratamento da xerostomia

- Manutenção de hidratação oral
- Substitutos salivares

Desaconselhar dietas cariogénicas

Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção

- Avaliações bi ou trimestrais para terapia periodontal de suporte com utilização de bochechos de clorhexidina em casa

**ANEXO 5 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Cancro**

Cancro

Doença incomum em crianças, embora seja das principais causas de mortalidade infantil. Os tipos de cancro mais comuns em crianças são a leucemia (e, dentro desta, a leucemia linfoblástica aguda), o linfoma e os tumores cerebrais. No cancro da cabeça e do pescoço, as terapias usadas são a ressecção cirúrgica, a radioterapia e a quimioterapia, isolada ou combinadamente, com impactos negativos nos tecidos moles e duros da cavidade oral que influenciam a longevidade e a qualidade de vida.

Primeira consulta

Entrevista com o paciente e pais ou responsáveis:

- A doença subjacente e o tempo desde o diagnóstico
- As modalidades de tratamento que o paciente tem recebido ou vai receber (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, entre outras)
- Complicações, incluindo recidivas
- Hospitalizações, estado hematológico corrente
- Infecções (orais ou sistémicas), alergias
- Medicações (incluindo bifosfonatos)
- História dentária prévia
- Obtenção do contacto do médico assistente do paciente

Motivação e instruções de higienização oral, de utilização da escova dentária, fio dentário e elixires orais – importância da higiene oral para minimizar os problemas e o desconforto, antes, durante e depois do tratamento oncológico

Uma ortopantomografia deve ser realizada nas crianças que colaborem antes do tratamento oncológico

Utilização de um revelador de placa para levantamento da quantidade de placa bacteriana; destartarização e polimento

Antes do tratamento oncológico

Avaliação oral pelo menos um mês antes do tratamento – o ideal é completar o tratamento dentário antes da terapia oncológica

Estratégias preventivas:

- Motivar para a higiene oral. Pacientes com má higiene oral e/ou doença periodontal: bochechos de chlorhexidina a 0,12% diariamente numa solução sem álcool devido à mucosite
- Desencorajar dietas cariogénicas e informar pais dos riscos das medicações pediátricas com grandes quantidades de açúcar
- Aplicação de vernizes de flúor e recomendação de pastas dentífricas fluoretadas duas vezes por dia; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários
- Aplicação de selantes de fissuras
- Prevenção do trismo provocado pela radioterapia com exercícios de alongamento e fisioterapia prévios
- Manter lábios hidratados

Procedimentos dentários:

Se não for possível completar os tratamentos antes do início da terapia:

- Optar por restaurações temporárias; adiar tratamentos não agudos até o estado hematológico estabilizar
- Prioridades: infecções, extracções, tratamento periodontal, causas de irritação dos tecidos, endodontias de dentes permanentes e correcção de restaurações fracturadas
- Deve proceder-se à extracção até 2 semanas antes da terapia oncológica de:
 - Dentes impactados
 - Restos radiculares
 - 3^{os} molares parcialmente erupcionados
 - Dentes com bolsas periodontais maiores que 5mm
 - Dentes com infecções agudas
 - Dentes não-restauráveis
- Evitar tratamentos pulparem em dentes decíduos; optar por extracção
- Dentes decíduos com muita mobilidade devem esfoliar naturalmente
- Dentes permanentes não vitais sintomáticos devem ser endodonciados até 1 semana antes da terapia oncológica, de preferência numa sessão; se não for possível, faz-se a extracção, com prescrição de um antibiótico por uma semana

Durante o tratamento oncológico
Manter as <u>estratégias preventivas</u>
Criança pode não conseguir escovar os dentes pelas lesões orais dolorosas e pela mucosite severa – manter os bochechos de clorhexidina sem álcool, com uso de escovas moles ou esponjas
Durante o período de imunossupressão, os tratamentos dentários electivos não devem ser realizados
Numa emergência, o tratamento e medicação profiláctica devem ser discutidos com o médico assistente da criança <ul style="list-style-type: none">• A altura da realização dos procedimentos é importante pelo risco de infecção ser maior 7 a 10 dias após a terapia, quando a contagem de neutrófilos decresce muito
As consultas de avaliação devem ser a cada 6 meses, ou menos, se houver risco de xerostomia, cáries ou trismo
Tratamento paliativo da mucosite; tratamento da xerostomia com chicletes sem açúcar, substitutos de saliva e hidratação oral, devendo utilizar-se bochechos ou géis de flúor pelo risco de cáries
Infecções fúngicas como candidíases são tratadas com antifúngicos, como suspensão de Nistatina 100000UI/ml, quatro vezes por dia. Atenção: não deve ser usada simultaneamente com clorhexidina, devem ser tomadas espaçadas. Se for necessário tratamento sistémico, pode ser usado Fluconazol, 3-5mg/kg/dia
Infecções víricas como herpes simples podem ser tratadas com Aciclovir tópico

Após o tratamento oncológico e cuidados orais a longo prazo
Manter as <u>estratégias preventivas</u>
O médico assistente deve ser consultado antes de procedimentos cirúrgicos não electivos, em pacientes que tomaram bifosfonatos ou que receberam radioterapia dos maxilares, para prevenir osteorradionecrose. Procedimentos electivos devem ser evitados
Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção <ul style="list-style-type: none">• Consultas trimestrais no primeiro ano e semestrais nos anos seguintes, seguindo-se atentamente crianças que tiveram mucosite moderada a severa, devido ao risco de transformação maligna da mucosa• Crianças que receberam transplante de medula óssea podem não ser capazes de realizar nenhum procedimento dentário por mais um ano devido à profunda quebra no sistema imune• Análises sanguíneas recentes devem ser avaliadas em cada consulta

**ANEXO 6 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Doenças Cardiovasculares**

Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares mais comuns em crianças são as doenças cardíacas congénitas que, apesar das cirurgias realizadas na infância para sua correcção, desafiam os procedimentos dentários, pela maior susceptibilidade à endocardite bacteriana, pois a bacteremia (presença de bactérias na corrente sanguínea) pode ser causada por procedimentos dentários invasivos e pode pôr em risco a vida da criança. Em crianças é ainda importante a hipertensão como causa secundária desta condição cardíaca.

Alguns fármacos utilizados:

- Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
- Diuréticos

Primeira consulta

Entrevista com o paciente e pais ou responsáveis:

- História médica e familiar e condições sistémicas
- Medicamentos que possam provocar hiperplasia gengival ou xerostomia
- Questões sobre hábitos de higiene oral e de dieta
- História dentária prévia
- Obtenção do contacto do médico assistente do paciente

Grande ênfase na motivação e instrução quanto à importância da higienização oral, da utilização da escova dentária, fio dentário e elixires orais

Consultas seguintes
Condições cardíacas com risco de endocardite infecciosa que necessitam de profilaxia antibiótica: <ul style="list-style-type: none">• Válvulas protéticas cardíacas• História prévia de endocardite infecciosa• Doença cardíaca congénita cianótica não tratada ou reparada de forma incompleta• Defeito cardíaco congénito reparado completamente com material protético, nos primeiros 6 meses a seguir ao procedimento• Doença cardíaca congénita cianótica reparada com defeitos residuais no local do material protético• Pacientes com transplantes cardíacos que desenvolvem valvulopatias
Os antibióticos são recomendados para os procedimentos dentários que envolvam manipulação gengival, da região periapical ou perfuração da mucosa oral – as doses de antibióticos preconizados para profilaxia estão indicadas no quadro a seguir
Se a criança estiver a tomar um antibiótico e for preciso profilaxia antibiótica por um procedimento dentário, deve prescrever-se um antibiótico de uma classe diferente e não aumentar a dose do mesmo; se não for possível, a consulta dentária deve ser reagendada para nove dias após a cessação da toma
O médico assistente deve ser notificado se se verificar febre, indisposição, arrepios nocturnos, fraqueza, mialgia, atralgia ou letargia após um procedimento dentário
Em crianças >3 anos em risco de hipertensão (obesos, com doença renal ou cardiovascular) deve medir-se a tensão arterial a cada visita dentária
Tratamento da xerostomia com substitutos de saliva e hidratação oral, devendo utilizar-se bochechos ou géis de flúor pelo risco de cáries
Evitar anestésicos locais com vasoconstritores em crianças hipertensas mal controladas
<u>Estratégias preventivas:</u> <ul style="list-style-type: none">• Instruções de higiene oral• Aplicação de selantes de fissuras• Aplicação de vernizes de flúor• Avaliação periodontal por possível hiperplasia gengival provocada por toma prolongada de medicações de bloqueadores dos canais de cálcio
<u>Prescrição de medicação pós-operatória:</u> <ul style="list-style-type: none">• Deve limitar-se a prescrição de anti-inflamatórios não esteróides a 10 dias, por risco de interacção com a medicação anti-hipertensiva

Grupo de pacientes	Antibiótico	Via	Dose para crianças	Tempo antes do tratamento
Profilaxia padrão	Amoxicilina	Oral	50mg/Kg	1 hora
Incapazes de tomar por via oral	Ampicilina	IV ou IM	50mg/Kg	30 mins
Alérgicos penicilina	Clindamicina	Oral	20mg/Kg	1 hora
	Cefalexina ou cefadroxil	Oral	50mg/Kg	1 hora
	Azitromicina ou claritromicina	Oral	15mg/Kg	1 hora
Alérgicos penicilina + Incapazes de tomar por via oral	Clindamicina	IV	20mg/Kg	30 mins
	Cefazolina	IV	25mg/Kg	30 mins

Cuidados orais a longo prazo

Enfatizar que os cuidados orais em casa são uma parte muito importante da rotina do paciente; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários

Desaconselhar dietas cariogénicas

Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção

**ANEXO 7 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos infectados com VIH**

Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

A infecção pelo VIH é causa de uma doença progressiva, com disfunção e deficiência do sistema imune, cujas alterações levam a infecções oportunistas, condições auto-imunes e neoplasmas, elevando a sua morbidade e mortalidade. A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é o último estágio da infecção e é considerada agora uma doença crónica, dado que os pacientes sobrevivem por mais anos, pelo desenvolvimento das terapias anti-retrovirais.

Alguns fármacos utilizados:

- Inibidores da transcriptase reversa
- Inibidores de fusão
- Inibidores da protease

Primeira consulta

Entrevista com o paciente e pais ou responsáveis:

- História médica, familiar e condições sistémicas associadas (doenças cardíacas ou hepatites)
- Medicações
- Questões sobre hábitos de higiene oral e de dieta
- História dentária prévia
- Obtenção do contacto do médico assistente do paciente; pedir informações:
 - Estágio da doença
 - Estado nutricional
 - Alterações do sangramento
 - Alergias
 - Profilaxia antibiótica
 - Contagem de células T CD4, T CD8 e de plaquetas
 - Carga viral
 - Função do fígado

Motivação e instrução quanto à importância da higienização oral, da utilização da escova dentária, fio dentário e elixires orais

Utilização de um revelador de placa para levantamento da quantidade de placa bacteriana; destarização e polimento

Planeamento dos tratamentos subsequentes e da frequência de consultas consoante os factores de risco da criança

Consultas seguintes
<p><u>Estratégias preventivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruções de higiene oral • Aplicação de selantes de fissuras e vernizes de flúor • Bochechos de clorohexidina como profilaxia da doença periodontal
<p><u>Técnicas de controlo de comportamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando é necessário reduzir a ansiedade, é recomendável usar Diazepam • Contra-indicados: Midazolam e Meperidina por interação com os inibidores da protease
<p><u>Procedimentos dentários:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento definitivo de cáries extensas ou desmineralização crónica • Se a doença periodontal estiver estabelecida: raspagem e alisamento radicular <ul style="list-style-type: none"> ◦ Se se tratar de gengivite ou periodontite ulcerativa necrosante, pode ser necessário associar um antibiótico sistémico • Avaliação da contagem de T CD4: se percentagem desce abaixo de 25% ou abaixo de 15% (imunossupressão severa), é necessária profilaxia antibiótica • Pacientes com toxicidade do fígado: profilaxia antibiótica uma hora antes dos procedimentos; usar medidas hemostáticas em cirurgias • Um paciente com SIDA, necessitará sempre de profilaxia antibiótica • Avaliar INR antes de procedimentos cirúrgicos: realizados se o INR<3,0 <ul style="list-style-type: none"> ◦ Se INR>2,0: usar medidas hemostáticas • Se a contagem de plaquetas for <75000 plaquetas/mm³: usar medidas hemostáticas • Se a criança apresentar neutropenia severa ou uma contagem de plaquetas muito baixa: referenciar para o meio hospitalar
<p>Aliviar a dor das lesões orais com pasta oral de acetato de hidrocortisona ou gel de fluocinonida a 0,05%</p> <p>Tratamento candidíases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tópicamente: suspensão oral de nistatina, 2-5ml, 4-6 vezes/dia • Sistemicamente: Fluconazol, 3-5mg/kg/dia <p>Tratamento da xerostomia com chicletes sem açúcar, substitutos de saliva e hidratação oral, devendo utilizar-se bochechos ou géis de flúor pelo risco de cáries</p>
<p><u>Prescrição de medicação pós-operatória:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • O acetaminofeno e o ibuprofeno podem ser prescritos para controlo da dor pós-operatória • A prescrição de antibióticos não necessita de ajuste da dose

Cuidados orais a longo prazo
<p>Enfatizar que os cuidados orais em casa são uma parte muito importante da rotina do paciente; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários</p>
<p>No caso de crianças muito pequenas, desaconselhar o uso prolongado de biberões com bebidas açucaradas</p>
<p>Desaconselhar dietas cariogénicas</p>
<p>Programar consultas de controlo periódicas de três a seis meses para avaliação e prevenção, baseando o intervalo das visitas na história de cárie dentária, na percentagem de placa e na aderência aos tratamentos</p>

**ANEXO 8 – Proposta de Protocolo para o atendimento de Pacientes
Pediátricos com Paralisia Cerebral**

Paralisia Cerebral

É a segunda deficiência neurológica mais comum na infância, uma condição neurológica crónica, não progressiva, com uma elevada prevalência e morbidade significativa, provocada por danos pré, peri ou pós-natais num cérebro imaturo. Os pacientes podem ser afectados por diversos transtornos e desordens degenerativas que levarão a uma incapacidade de controlar o corpo, convulsões, falta de coordenação e de equilíbrio, deficiência mental, alterações sensoriais e dificuldades na fala.

Primeira Consulta

Entrevista com o paciente e pais ou responsáveis:

- História médica e condições sistémicas
- Medicações
- Questões sobre hábitos de higiene oral e de dieta
- História clínica e dentária prévias
- Determinação do nível de comunicação da criança, receptiva e expressiva
- Obtenção do contacto do médico assistente do paciente

Apresentação do consultório dentário ao paciente, para dessensibilização quanto aos procedimentos dentários. Motivação e instrução quanto à importância da higienização oral, da utilização de escovas dentárias modificadas, dispositivos para uso de fio dentário e elixires orais

Utilização de um revelador de placa para levantamento da quantidade de placa bacteriana; destartarização e polimento

Planeamento dos tratamentos subsequentes necessários, reforçando-se também as instruções de escovagem dentária

Consultas seguintes

Agendar as consultas para de manhã cedo, permitindo que se prolonguem o tempo necessário

Estratégias preventivas:

- Bochechar a boca com água várias vezes ao dia para remover resíduos alimentares; bochechos de clorhexidina
- Instruções de higiene oral
- Aplicação de selantes de fissuras
- Aplicação de vernizes de flúor

Técnicas de controlo do comportamento:

- Não forçar a criança para posições não naturais, ela deve poder sentar-se confortavelmente na cadeira dentária; os procedimentos podem ser realizados, também, na cadeira de rodas
- Não tentar parar os movimentos incontroláveis do corpo; pode aplicar-se uma pressão gentil mas firme, o que acalma os tremores; tentar antecipar os movimentos e trabalhar consoante estes trejeitos, permitindo intervalos
- Dirigir as luzes para baixo e prevenir sons súbitos que podem aumentar estes movimentos
- Considerar uso de relaxantes musculares ou sedação
- Colocar os instrumentos lentamente na cavidade oral e se tolerado, usar um abre-bocas
- Controlo físico com faixas de pano, lençóis ou outros; pode ser usado o próprio abraço da mãe ou responsável, com a criança no seu colo se for <3anos; crianças mais velhas podem sentar-se na cadeira dentária com a mãe a segurar as pernas com o seu tronco e com as suas mãos segura as mãos da criança

Cuidados orais a longo prazo

Enfatizar que os cuidados orais em casa são uma parte muito importante da rotina do paciente; incentivar o controlo destes da parte dos pais; Utilização de gel tópico ou bochechos de flúor diários

Desaconselhar dietas cariogénicas e o uso prolongado de biberões com bebidas açucaradas

Programar consultas de controlo periódicas para avaliação e prevenção