

Atendimento para Cirurgia Oral em Pacientes Diabéticos: Revisão Narrativa da Literatura

Oral Surgery Care in Diabetic Patients: a Narrative Review of the Literature

Carlos Eduardo dos Santos Cunha^{*a}; Michele Rosas Couto Costa^a; Maurício Ferreira de Souza^a; Delma da Silva Magalhães Souza^a; Ian Rodrigues Santos da Silva^a; Ketllen Silveira de Menezes^a; André Luiz Silva Sirqueira^a; Gilmar Rocha da Silva^a;

^aFaculdade Adventista da Bahia. BA, Brasil.

*E-mail: carlos.kadurpm232@gmail.com

Resumo

A Diabetes Mellitus (DM) pode ser definida como a ausência total ou relativa de insulina, classificada como tipo I e II. No tipo I, há uma pequena ou nenhuma liberação de insulina para o corpo. Já a diabetes tipo II exerce quando a produção de insulina não é necessária para a segurança da glicemia, ou o organismo não utiliza de maneira adequada a insulina que produz. O presente trabalho tem como objetivo revisar na literatura acerca dos cuidados no atendimento para a realização de cirurgia oral em pacientes diabéticos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura através da busca de artigos científicos que apresentassem a temática proposta e sem período definido de publicação. Foram encontrados nas bases de dados: PubMed, Lilacs, SciELO, BVS e Google Acadêmico e o operador booleano "AND". Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: "Diabetes Mellitus", "Oral Surgery" e "Anamnese". Na primeira consulta, diagnosticar qual tipo de DM tem o paciente é essencial para entender quais procedimentos podem ou não serem realizados, contudo é indispensável uma excelente anamnese. Devido aos pacientes com DM possuir predisposição crescente a hipoglicemia, o Cirurgião-Dentista (CD) deve estar atento aos fármacos que forem prescritos, pois podem causar reações adversas e/ou alterações medicamentosas. A literatura demonstrou a relevância do conhecimento do CD no que se refere aos aspectos clínicos, etiológicos, epidemiológicos e patogênicos da DM e suas repercussões clínicas nos pacientes. Com o dever de aplicar condutas clínicas essenciais ao estado particular de cada paciente, proporcionando melhores condições de saúde e bem-estar.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Cirurgia Bucal. Anamnese.

Abstract

Diabetes Mellitus (DM) can be defined as the total or relative absence of insulin, classified as type I and II. In type I, there is little or no release of insulin into the body. Type II diabetes occurs when insulin production is not necessary for glycemic control, or the body does not use the insulin it produces properly. The present study aims to review the literature regarding care in the management of oral surgery in diabetic patients. This is a narrative literature review through the search for scientific articles addressing the proposed theme with no defined publication period. Articles were found in the following databases: PubMed, Lilacs, SciELO, BVS, and Google Scholar using the boolean operator "AND." The Health Sciences Descriptors (DeCS) used were: "Diabetes Mellitus," "Oral Surgery," and "Anamnesis." In the initial consultation, diagnosing the type of DM the patient has is essential to understand which procedures can or cannot be performed; however, an excellent anamnesis is indispensable. Due to diabetic patients' increased predisposition to hypoglycemia, the Dentist Surgeon (DS) must be attentive to the prescribed medications, as they may cause adverse reactions and/or drug interactions. The literature has demonstrated the importance of the DS's knowledge regarding the clinical, etiological, epidemiological, and pathogenic aspects of DM and its clinical implications in patients. It is the duty of the DS to apply essential clinical measures tailored to each patient's particular condition, thus providing better health and well-being.

Keywords: Diabetes Mellitus. Oral Surgery. Anamnesis.

1 Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) pode ser definida pela falta total ou relativa de insulina, devido à baixa produção pelo pâncreas, como também, a falta de atividades através dos tecidos periféricos à insulina (Araújo, 2013). Essa enfermidade é considerada um dos problemas que mais repercutem no século XXI devido a quantidade de pessoas afetadas, mortalidade prematura, incapacitações físicas e motoras, além dos gastos que são gerados para obter seu controle e o tratamento necessário das complicações (Carneiro Neto et al., 2012).

A DM pode ser classificada como diabetes tipo I e II. No

tipo I, temos pouca ou nenhuma liberação de insulina para o corpo, ficando a glicose acumulada no sangue. Geralmente ocorre na infância ou adolescência, mas pode ocorrer também em adultos. O paciente neste caso é insulino dependente, ou seja, recebe tratamento diário com injeções de insulina. Já a diabetes tipo II ou não insulino dependente acontece quando a produção de insulina não é suficiente para o controle da glicemia, ou o organismo não utiliza adequadamente a insulina que produz. O tratamento desses pacientes geralmente é realizado com controle da alimentação e atividades físicas, e dependendo do caso, o tratamento é efetuado com medicamentos diferentes ou não da insulina para controlar a

glicemia. Esse tipo de diabetes ocorre de duas a três vezes mais em pacientes com doenças cardiovasculares (DCVs) (Araújo, 2013; Claudino et al., 2018).

Segundo Oliveira et al. (2016), a DM tem como característica a hiperglicemia, em que apresenta principais sintomas como a polifagia (fome em excesso), poliúria (volume urinário aumentado), polidipsia (sede intensa) e perda de peso, além de gerar disfunção e falência de alguns órgãos, em consequência da dificuldade na produção de insulina e resistência a sua atuação periférica. O DM é uma doença que mantém relação com o metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios, que acarreta complicações derivadas da ausência absoluta ou relativa de insulina, como em casos de doenças cardiovasculares, retinopatia e nefropatia.

A respeito das manifestações bucais dos pacientes diabéticos não controlados estão a xerostomia, glossodinia, distúrbios de gustação e doença periodontal (Terra; Goulart; Bavaresco, 2011). As mais recorrentes e que mostra maior gravidade em indivíduos com DM são as doenças periodontais, que expõem uma maior reabsorção óssea e perda de inserção, além de apresentar maior sangramento à sondagem em indivíduos não diabéticos. A candidose oral caracteriza também um dos efeitos clínicos regularmente observada em pacientes diabéticos descompensados e sua forma clínica varia em: queilite angular, eritematosa e glossite romboidal mediana. Destacando-se a hipossalivação, pois a saliva apresenta grande concentração de glicose, contribuindo como fator que potencializa a cárie dentária (Oliveira et al., 2016).

Em relação aos pacientes cirúrgicos, a hiperglicemia ou DM exibe associação ao crescimento da morbimortalidade, apresentado mortalidade perioperatória em até 50% sendo maior ao comparar com a população não diabética. Esses resultados são devidos a várias situações como: múltiplas comorbidades, até mesmo complicações micro e macro vasculares, erro em identificar pacientes hiperglicêmicos e diabéticos, polifarmácia complexa e falhas em prescrever insulina, entre outras causas (Pontes et al., 2018).

Com base nos argumentos citados, é indispensável o uso de uma política que seja adequada na conduta odontológica desses pacientes, pois, caso contrário, o paciente terá chance de correr risco a sua saúde. É necessário que o profissional esteja altamente atualizado e que possua os conhecimentos para conduzir o melhor atendimento, assegurando a manutenção do bem-estar e condição de vida melhor ao portador de DM (Terra; Goulart; Bavaresco, 2011).

Com esse intuito, o trabalho tem como objetivo principal revisar na literatura acerca dos cuidados no atendimento para a realização de cirurgia oral em pacientes diabéticos (tipo I e II). Bem como, contribuir para o enriquecimento de conhecimento para todos os profissionais da área de saúde, especialmente os Cirurgiões-Dentistas (CD) e obter mais praticidade a respeito de informação sobre essa doença, evitando complicações e

erros no manejo em tais pacientes.

2 Desenvolvimento

O presente estudo tratou-se de uma revisão narrativa da literatura através da busca de artigos científicos que apresentassem a temática proposta: “Atendimento para cirurgia oral em pacientes diabéticos”. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações na língua portuguesa e inglesa, estudos caracterizados como relato de caso, ensaio clínico randomizado e estudo experimental em modelo animal, sem período definido de publicação. Os critérios de exclusão adotados foram: estudos que não apresentassem textos completos na íntegra e que fugissem da temática proposta.

Os estudos encontrados foram acessados nas bases de dados eletrônicas: PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além da literatura cinzenta do Google Acadêmico. Foi realizado o cruzamento dos descritores através do uso do operador booleano “AND”. Os termos foram encontrados na plataforma dos Descritores em Ciências e Saúde (DeCS) em português, a saber: “Diabetes Mellitus”, “Cirurgia Bucal” e “Anamnese” e inglês: “Diabetes Mellitus”, “Oral Surgery” e “Anamnesis”.

Após a leitura inicial dos títulos e resumos e aplicações dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados três estudos da PubMed, nenhum da Lilacs e SciELO, cinco na BVS e 11 no Google Acadêmico, totalizando 19 artigos para o complemento da pesquisa.

2.1 Revisão de literatura

Segundo Carneiro Neto et al. (2012), a DM é uma síndrome do metabolismo defeituoso de carboidratos, lipídios e proteínas, causado tanto pela ausência de secreção de insulina como pela diminuição da sensibilidade dos tecidos à insulina. Dessa forma, Oliveira et al. (2016) descrevem em seu estudo que a DM é uma das doenças de grande impacto na saúde, tendo enorme repercussão econômica e social, reconhecida como um dos principais problemas de saúde na América Latina, indicando um enorme obstáculo para a atuação das atividades de saúde, referente ao controle e prevenção. É imprescindível o entendimento dos aspectos clínicos expostos através dos pacientes e a função do CD nas equipes de atuação multiprofissionais, promovendo os cuidados essenciais aos portadores do DM.

Conforme Ribeiro e Souza (2019), a saúde bucal deve estar intimamente ligada ao contexto da saúde sistêmica em geral, devido à integração da boca como parte do corpo humano. Sendo assim, a DM é uma doença que merece muita atenção para a saúde sistêmica e geral dos portadores, necessitando ser incluída e considerada dentro do planejamento e tratamento odontológico. Na literatura foram encontrados três tipos de

diabetes, o tipo I, II e gestacional.

Diabetes Mellitus Tipo I

A diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é caracterizada por ser uma doença autoimune, em que gera a eliminação das células pancreáticas que produzem insulina. A existência de dois ou mais autoanticorpos típicos da DM1 exercem o diagnóstico da doença. A insulino terapia pode ser realizada com diversas injeções diárias ou também com a utilização de bombas infusoras de insulina. Os portadores da doença são orientados a calcular a dose de insulina a ser administrado, adequando-a ao consumo de glicídios, glicemia e à atividade física (Neves et al., 2017).

O DM1 é causado devido à deficiência de insulina, consequente dos danos autoimunes de células β que produzem a insulina no pâncreas. Normalmente aparece na primeira ou segunda década de vida e são capazes de gerar picos de incidências, por volta de 5-7 anos de idade ou na puberdade, dessa forma, é mais frequente em jovens e crianças e acomete apenas 5% a 10% de portadores de DM (OLIVEIRA et al., 2019).

Diabetes Mellitus Tipo II

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é resultado da incapacidade do organismo em resposta a ação da insulina na qual o pâncreas produz. Seu acometimento na população é estabelecido em 90% a 95% dos casos relacionados a DM. É assintomático, o que pode ocasionar um diagnóstico tardio da doença, levando a maiores complicações. Acarretam, principalmente, indivíduos com sobrepeso, sedentarismo, tabagismo, episódios depressivos e fatores genéticos (Carneiro Neto et al., 2012).

A DM2 pode ser ocasionada em qualquer idade, mas é normalmente diagnosticado após os 40 anos. Os portadores não necessitam de insulina exógena, no entanto, podem precisar de tratamento com insulina para atingir o controle metabólico suficiente. A classificação etiológica do DM, diferentemente do DM1 autoimune, não há indicadores específicos para o DM2. Há, possivelmente, distintos tipos de DM e com o reconhecimento futuro dos processos patogênicos exclusivos ou falhas genéticas, a quantidade de pessoas com esse tipo de DM irá reduzir por meio de mudanças para uma classificação mais definitiva em outras formas específicas de DM (Carneiro Neto et al., 2012; Oliveira et al., 2019).

Diabetes Mellitus Gestacional

A Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é mais comumente diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, em níveis com certas manifestações variáveis de intolerância à glicose (Oliveira et al., 2019). Contudo, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes em 2015, os pacientes que já apresentam alto risco e na consulta inicial preenchem os requisitos para diabetes fora da gestação,

serão selecionados como DM e não como DMG.

Conforme Carneiro Neto et al. (2012) casos de DMG em que é diagnosticado a hiperglicemia no decorrer da gravidez pós-parto ou ressurgindo anos depois, em sua maioria, acontece em 7% das gestantes obesas. Similar ao DM2, o DMG tem relação à resistência à insulina, bem como, a redução da ação das células beta. O DMG ocorre em 1 a 14% das gestações e relaciona-se com o número de morbidade e mortalidade perinatais. No Brasil, por aproximadamente 7% das gestações são derivados de complicações pela hiperglicemia gestacional. É importante que faça uma reavaliação de 4 a 6 semanas após o parto e reclassificar como DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia. A maior parte dos casos, tem possibilidade de reverter a tolerância normal após a gravidez, mas há cerca de 10 a 63% de risco em gerar DM2 entre 5 e 16 anos após o parto (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

As gestantes são pacientes com risco temporário odontológico, tendo em vista, as alterações físicas, hormonais e psicológicas, que produzem condições adversas no meio bucal (Carneiro Neto et al., 2012; Oliveira et al., 2019).

Alterações bucais

Segundo Oliveira et al. (2016) os pacientes com DM podem ser notados variações bucais que ocasiona o controle do quadro glicêmico. Dentre essas alterações, podemos destacar infecções oportunistas, doença periodontal, xerostomia, falhas de cicatrização e hálito cetônico. Se tratando de crianças, esse distúrbio está ligado à ausência de cálcio através do organismo, o que influencia na hipoplasia do esmalte.

Já em comparação com outros estudos, destaca-se que os pacientes diabéticos que apresentam um quadro não controlado possuem manifestações bucais variadas. Apesar das muitas manifestações os destaques entre elas são: a glossodinia, xerostomia, distúrbios de gustação e patologia periodontal. É comum a modificação da flora bucal e tendência à candidíase oral e queilite angular (Araújo, 2013; Souza et al., 2003).

As estruturas mais afetadas pelo DM são os tecidos periodontais, sendo que a Organização Mundial da Saúde considera como a sexta complicação crônica do distúrbio metabólico. Cerca de 75% dos casos encontram-se presente e pode ser apontada como uma complicação microvascular. Quando mais cedo aparece a diabetes e se o tempo da doença não controlada for maior, o paciente então possuirá a facilidade em apresentar a doença periodontal. Dessa forma, deve ser avaliada com cuidado a história do surgimento, controle e duração da doença, para melhor manejo clínico desses pacientes (Terra; Goulart; Bavaresco, 2011).

A respeito das enfermidades bucais associadas à DM1, algumas pesquisas vêm dando ênfase que as principais doenças associadas é a candidíase eritematosa oral, queilite angular, gengivite crônica, varicosidade lingual, úlcera traumática e hiperplasia gengival. Já na DM2 foram o processo periodontal crônico avançado, candidíase pseudomembranosa

e eritematosa, queilite angular, varicosidade lingual, úlcera traumática, hiperplasia gengival e gengivite. Consequente, em relação à DMG, frisam a glossidínia, hipertrofia das papilas filiformes, candidíase pseudomembranosa, cárie incipiente e avançada, gengivite crônica e periodontite generalizada (Carneiro Neto et al., 2012).

Da mesma forma Carneiro Neto et al. (2012) relataram em sua pesquisa a relevância para que sejam feitos os exames de maneira cuidadosa, para verificar o estado dos dentes, língua e mucosa, em cada consulta, sendo que, o paciente pode desenvolver algumas ou todas as variedades de manifestações bucais específicas ao excesso do nível de glicose no sangue.

Manejo Odontológico

Em casos de suspeita e identificação da diabetes em pacientes na consulta odontológica, é obrigação o encaminhamento para o médico antes de iniciar o tratamento, exceto em situações de urgência odontológica. Sendo assim, cerca de 3 a 4% dos indivíduos adultos que recebem tratamento do dentista são diabéticos. Os mesmos são submetidos ao procedimento odontológico convencional, necessário de acordo as suas demandas e limites, devido às dificuldades de ordem médica. Cada portador de diabetes deve ser assistido de forma individual, tendo em vista, particularidades da doença em assumir formas variadas e marcantes do que outras em cada paciente (Carneiro Neto et al., 2012).

Oliveira et al. (2016) vem trazendo a ideia de que na consulta odontológica inicial, o CD deve coletar informações sobre o tipo de DM, buscar os meios de tratamentos prévios e analisar as medicações que usadas pela paciente, assim como, selecionar conforma o nível de risco para os procedimentos clínicos.

Diante disso, nos casos não diagnosticados, o CD deve investigar a história clínica do paciente, assim como atentar-se para a polifagia e perda de peso, indicativos de DM1, ou, além do mais, obesidade e hipertensão, sinalizadores de diabetes tipo II (Labolita et al., 2020; Lemos, 2014; Oliveira et al., 2016). Porém, o DM2 obtém um alto índice de pacientes assintomáticos o que leva para um diagnóstico tardio das complicações vasculares (Labolita et al., 2020).

Anamnese e exame clínico

De acordo a descrição de Costa et al. (2016), na avaliação inicial do paciente, tem que ser examinado, idade e características do aparecimento da diabetes, padrões alimentares, histórico de peso, estado nutricional, verificar a frequência de atividades físicas, revisão dos regimes de tratamento anterior e resposta á terapia, com o intuito de identificar os cuidados necessários da conduta clínica.

A maioria dos pacientes com DM2 não conhece a sua doença. O CD deve estar atento para suspeitar dos casos não diagnosticados, encaminhando para o médico assistente aqueles indivíduos que apresentem sintomatologia oral (candidíase, xerostomia) ou sistêmica sugestiva de DM1

(poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso) ou DM2 (obesidade, dislipidemia, hipertensão (Alves et al., 2006).

Para Carneiro Neto et al. (2012) durante a anamnese e exame clínico em que o paciente se apresenta como portador de diabetes, o profissional deve coletar informações com relação ao nível de controle da doença, a história de hospitalização, e se o paciente se encontra em acompanhamento médico constante, neste caso, é de suma importância manter o contato e ser comunicado sobre como é controlada a doença e se caso surgir alguma complicação recente.

Na mesma linha de raciocínio, Prado e Vaccarezza (2013) destacaram que quando já é diagnosticado a diabetes, devem ser avaliadas de acordo as informações colhidas e precisam ser enquadradas em categorias específicas como:

- Baixo Risco: são assintomáticos e tem um controle metabólico aceitável, não apresentando complicações infecciosas, vasculares e neurológicas.
- Risco Moderado: tem um equilíbrio metabólico plausível, possui sintomas ocasionais, não mantém história recorrente de hipoglicemia ou cetoacidose, além de apresentar baixas complicações do diabete.
- Alto Risco: possui várias complicações e tem carência do controle metabólico, havendo história de cetoacidose ou hipoglicemia.

Esse tipo de avaliação é importante para analisar o tipo de diabetes e classificar o nível de risco de cada paciente para a conduta odontológica, acompanhando e apresentando o tratamento e medicação para o controle, levando em consideração que os pacientes que são tratados com insulina, apresentam riscos de hipoglicemia no momento do atendimento odontológico. Os pacientes que usam hipoglicemiantes orais têm grande possibilidade de apresentar interações medicamentosas com drogas prescritas pelo dentista (Carneiro Neto et al., 2012).

Portando, de acordo com Andrade (2014), o CD deve saber identificar os sinais e sintomas de quadros hipoglicêmicos em diabéticos, uma vez que, durante a ocorrência de uma hipoglicemia aguda, o paciente poderá evoluir para o choque insulínico, podendo ser fatal, pois se desenvolve rapidamente, culminando na perda da consciência e evolução para quadro convulsivo.

Exames laboratoriais

Costa et al. (2016) abordam informações em que pacientes com suspeita de DM, é indicado exames de glicemia em jejum e/ou teste oral de tolerância à glicose. Em pacientes que já foram diagnosticados como diabéticos, hemoglobina glicada (HbA1C), caso não apresente resultados disponíveis nos últimos dois ou três meses.

Devem-se solicitar exames laboratoriais como o hemograma completo, o nível de glicemia em jejum e coagulograma logo no início do tratamento odontológico, pois, apesar dos pacientes estarem tomando a medicação corretamente e realizando dieta adequada, podem apresentar focos de infecção oral por estarem descompensados (Carneiro

Neto et al., 2012).

Costa et al. (2016) relatam que para o diagnóstico, o médico é que tem o domínio, todavia, dentistas podem examinar os sinais ou sintomas de DM mal controlados ou até mesmo não diagnosticado e nesse caso pode referenciá-los a um profissional para real avaliação médica e obtenção do diagnóstico.

Uso de anestésico

A lidocaína é um anestésico conhecido por ter um efeito de pequena duração, dessa forma, os anestésicos que apresentam longo tempo de trabalho e que desempenham influência sobre ação do miocárdio, não são recomendados como primeiras escolhas para os pacientes diabéticos. A mepivacaina a 3% sem vasoconstritor, assim como, a prilocaína com felipressina, são capazes de serem aplicados em indivíduos com diabetes. Em pacientes que sejam compensados através da dieta, a felipressina pode ser usada com segurança, tal como, os que fazem o uso de fármacos hipoglicemiantes orais e insulino dependentes (Oliveira et al., 2016).

Sobre a utilização da epinefrina, pesquisas atuais apontam que este vasoconstritor atua como um resultado farmacológico contrário da insulina, colaborando para o nível da glicemia aumentar, especialmente em casos de diabéticos descompensados. A utilização desses vasoconstritores em indivíduos com diabetes controlado deve ser limitando o uso de três a quatro tubetes por sessão. No pós-operatório, em situações de dor leve a moderado, pode prescrever o paracetamol e dipirona, sendo a mesma concentração e posologias em pacientes que apresentam com condições normais. Em casos em que apresente dor intensa e edema, prefere-se a utilização de corticosteróides com tempo de atividade prolongada, assim como, a dexametasona e betametasona, em que são administrados em duas doses no máximo, tendo em vista, que possui tendência a aumentar a glicemia (Ribeiro; Souza, 2019).

Conduta de atendimento

Segundo Brandão, Silva e Penteado (2011), na primeira consulta, diagnosticar qual tipo de DM tem o paciente é importante para saber quais procedimentos podem ou não serem feitos, portanto é indispensável uma excelente anamnese. Devido aos pacientes com DM apresentarem suscetibilidade aumentada à hipoglicemia, o CD deve estar atento aos fármacos que forem prescritos, pois podem causar reações adversas e/ou alterações medicamentosas.

Para Alves et al. (2006) o CD deve prestar atenção aos sinais e sintomas dos pacientes não diagnosticados, pois podem estar com peso abaixo e polifagia (sugestivos do tipo 1), hipertensão e obesidade (sugestivos do tipo 2). Na avaliação intraoral deve ser observado profundidade de sondagem, sangramento gengival, lesões de furca, recessão gengival, mobilidade dos elementos, infecções, presença de biofilme

e hálito cetônico. A prevenção é de extrema importância, principalmente em paciente com DM.

Wannmacher e Ferreira (2007) afirmaram que o atendimento ao paciente com DM deve ser feito no período da manhã, onde a insulina alcança seu ponto máximo de secreção. Os níveis de endógenos corticosteróides durante a manhã estão mais altos, permitindo que o paciente tenha uma tolerância maior ao aumento da glicemia e adrenalina, o que ocasiona episódios de estresse, devido a isso consultas longas necessita-se evitar, considerando à influência em levar a casos de ansiedade.

De acordo com Brandão, Silva e Penteado (2011), o paciente carece em alimentar-se habitualmente antes de qualquer atendimento. O CD deve orientá-lo sobre a alimentação e hábitos de limpeza bucal, tal como aferir o nível arterial primeiro e após cada atendimento.

Souza et al. (2003) mencionaram que em situações em que o atendimento precise de um maior tempo de duração do que o habitual e o paciente manifestar sinais de hipoglicemia, o CD terá que suspender o procedimento clínico e fornecer alimento leve, com o objetivo de reverter o quadro de hipoglicemia.

3 Conclusão

A literatura demonstra a relevância do conhecimento do CD no que se refere aos aspectos clínicos, etiológicos, epidemiológicos e patogênicos da DM e suas repercussões clínicas nos pacientes. E desta forma, tem o dever de aplicar condutas clínicas essenciais ao estado particular de cada paciente, proporcionando melhores condições de saúde e bem-estar.

Referências

- ALVES, C.A.D. et al. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. *Rev. Cienc. Méd. Biol.*, v.5, n.2, p.97-110, 2006.
- ANDRADE, E.D. *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. São Paulo: Artes médicas, 2014.
- ARAÚJO, A.C. *Proposta de protocolo para o atendimento odontológico do paciente hipertenso e diabético na Atenção Básica*. Teófilo Otoni: UFMG, 2013.
- BRANDÃO, D.F.M.L.O.; SILVA, A.P.G.; PENTEADO, L.A.M. Relação bidirecional entre a doença periodontal e a diabetes mellitus. *Odontol. Clín. Cient.*, v.10, n.2, p.117-120, 2011.
- CARNEIRO NETO, J.N. et al. Opacimento diabético e suas implicações para conduta odontológica. *Rev. Dentist.*, v.11, n.23, p.11-18, 2012.
- CLAUDINO, J. et al. Exodontia seriada e reabilitação bucal de paciente diabético e com síndrome coronariana aguda. *Rev. Socesp.*, v.28, n.1, p.177-21, 2018.
- COSTA, R.M. et al. O paciente diabético na clínica odontológica: diretrizes para o acolhimento e atendimento. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde.*, v.20, n.4, p.333-340, 2016.
- DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
- LABOLITA, K.A. et al. Assistência odontológica à pacientes

diabéticos. CBioS., v.6, n.1, p.89-98, 2020.

LEMOS, I.A.B. Tratamento odontológico em pacientes portadores de diabetes mellitus. Natal: UFRN, 2014.

NEVES, C. et al. Diabetes Mellitus Tipo 1. RPD., v.12, n.4, p.159-167, 2017.

OLIVEIRA, T.F. et al. Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. OCC., v.15, n.1, p.1-5, 2016.

OLIVEIRA, M.F. et al. Cuidados odontológicos em pacientes diabéticos. Arq. Catarin. Med., v.48, n.3, p. 158-70, 2019.

PONTES, J.P.J. et al. Evaluation and perioperative management of patients with diabetes mellitus. A challenge for the anesthesiologist. Braz. J. Anesthesiol., v.68, n.1, p.75-86, 2018.

PRADO, B.N.; VACCAREZZA, G.F. Alterações bucais em

pacientes diabéticos. Rev. Odontol. UNICID., v.25, n.2, p. 147-53, 2013.

RIBEIRO, D.A.S.; SOUZA, A.O. Cuidados odontológicos em pacientes idosos portadores de diabetes mellitus. UNICEPLAC., p.1-8, 2019.

SOUZA, R.R. et al. O paciente odontológico portador de diabetes mellitus. Pesq. Bras. Odontope. Clin. Integr., v.3, n.2, p.71-77, 2003.

TERRA, B.G.; GOULART, R.R.; BAVARESCO, C.S. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na atenção primária a saúde. Rev. APS., v.14, n.2, p.149-161, 2011.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. Farmacologia clínica para dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.