



**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PARA PACIENTES COM
DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS:**

**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS**

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Ana Estela Haddad

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Deise Garrido Silva



**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PARA PACIENTES COM
DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS:**

**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS**







**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PARA PACIENTES COM
DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS:**

**DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
CRÔNICAS**

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Ana Estela Haddad

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Deise Garrido Silva

São Luís



EDUFMA

2022

Copyright © 2022 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Reitor

Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos
Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
Prof. Dr. André da Silva Freires
Prof. Dr. Jadir Machado Lessa
Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva
Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos
Prof. Dr. Marcus Túlio Borowiski Lavarda
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães
Prof^a. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues
Prof. Dr. João Batista Garcia
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Coordenação Geral da DTED/UNA-SUS/UFMA

Prof.^a Dr.^a Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA

Deysianne Costa das Chagas

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Prof.^a Dr.^a Paola Trindade Garcia

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Ana Estela Haddad

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Deise Garrido Silva

Professoras-autoras

Ana Margarida Melo Nunes

Projeto Gráfico

João Gabriel Bezerra de Paiva

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Priscila Penha Coelho

Tiago do Nascimento Serra

Diagramação

Mizael Melo

Supervisão de produção pedagógica

Thálya Maciel de Alencar

Revisão Técnica

Cadidja Dayane Sousa do Carmo (UFMA)

Ana Beatriz Souza Paes (Coordenação Geral de Saúde Bucal/SAPS)

Nicole Aimée Rodrigues José (Coordenação Geral de Saúde Bucal/SAPS)

Laura Cristina Martins de Souza (Coordenação Geral de Saúde Bucal/SAPS)

Caroline Martins José dos Santos (Coordenação Geral de Saúde Bucal/SAPS)

Lorena Lúcia Costa Ladeira (UFMA)

Revisora Textual

Camila Cantanhede Vieira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Nunes, Ana Margarida Melo.

Assistência odontológica para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis: doenças respiratórias crônicas [recurso eletrônico] / Ana Margarida Melo Nunes; organizadoras, Ana Emilia Figueiredo de Oliveira... [et al.]. — São Luís: EDUFMA, 2022.

68p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web

<<http://www.edufma.ufma.br/index.php/loja/>>

ISBN 978-65-5363-090-1

1. Doenças respiratórias crônicas. 2. Assistência odontológica. 3. Tratamento odontológico. I. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. II. Hadadd, Ana Estela. III. Ribeiro, Cecilia Claudia Costa. IV. Silva, Deise Garrido. V. Título.

CDD 616.2

CDU 616.2:616.314-084

Ficha catalográfica elaborada pela Diretoria Integrada de Bibliotecas -DIB/UFMA

Bibliotecária: Amanda Rocha Belfort- CRB 13/725

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2022. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

EDUFMA | Editora da UFMA

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Diretora da Diretoria Interdisciplinar de Tecnologias na Educação - DETED/UFMA. Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), Mestrado e Doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-Doutorado/Professora Visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill-EUA (UNC-Chapel Hill/USA). É Coordenadora da Universidade Aberta do SUS/UFMA. É líder do Grupo de Pesquisa SAITE – Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Educação a Distância, Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Atenção Primária em Saúde, Aplicativos para Dispositivos Móveis, Sistemas de Gestão e Acompanhamento Educacional e Inovação aberta.



Ana Estela Haddad

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1988), Mestre (1997), Doutora em Ciências Odontológicas (2001), Livre-Docente (2011) pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), Membro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da



Fousp. É membro do Grupo SAITE de Pesquisa do CNPq. Linhas de pesquisa: Educação Superior na Saúde, Educação Permanente na Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Políticas Públicas de Educação e de Saúde, Primeira Infância, Telessaúde, Teleodontologia, Educação mediada por tecnologias. É Coordenadora do Núcleo de Telessaúde e Teleodontologia FOUASP-SAITE, Coordenadora Adjunta do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Políticas Públicas para a Metrópole (NAP Escola da Metrópole) e Coordenadora da Estação FOUASP-ABENO da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Ministério da Saúde/OPAS). É uma das representantes do Brasil na Red de Lideres por la Primera Infancia (Rede Latino Americana, integrada por líderes de 28 países), convidada pela ex-Presidente do Chile Michelle Bachelet.

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (1993), mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e doutorado em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (2004). Atualmente é Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão. Visiting Associate Professor in the Department Oral Health Sciences, University British of Columbia, Canadá (maio-julho 2019). Atua nas áreas área da Odontologia e Saúde Coletiva-Epidemiologia, especialmente nos temas: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Bucais e Sistêmicas, especialmente com foco nos seus fatores de risco comuns ao longo do ciclo vital.



Deise Garrido Silva

possui graduação em Odontologia pela FORP-USP, mestrado e doutorado em Ciências Odontológicas pela FOUSP. Especialista em informática em Saúde pela UNIFESP. Docente da Universidade de Santo Amaro-UNISA. Pesquisadora do Núcleo de Telessaúde FOUSP-SAITE da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.



INFORMAÇÕES SOBRE A AUTORA

Ana Margarida Melo Nunes

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (1984), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (2008) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (2013). Especialização em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1986) e em pacientes portadores de necessidades especiais outorgado pelo Conselho Federal de Odontologia (2003). Já atuou na área pública como cirurgiã dentista no Hospital Juvêncio Mattos e consultório na área privada. Atualmente é professora Associada da Universidade Federal do Maranhão, disciplina de Odontopediatria, Pacientes Especiais e Clínica Integrada Infantil, atuando principalmente nos seguintes temas: pacientes com deficiência, pacientes com alterações sistêmicas, cárie precoce da infância, dente decíduo e aleitamento materno.



AGRADECIMENTOS

Nossos sinceros agradecimentos ao Ministério da Saúde do Brasil, pelo financiamento dos cursos da temática deste livro, que inspiraram o desenvolvimento da presente obra.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 Rede de saúde bucal e o paciente com doenças respiratórias crônicas	16
1.1 Principais doenças crônicas respiratórias crônicas	20
1.2 A Atenção Primária à Saúde e a coordenação do cuidado à pessoa com doença respiratória crônica	22
2. CUIDADOS AO USUÁRIO DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	27
2.1. O quadro sistêmico da pessoa com DRCs e a anamnese odontológica	27
2.2. Medicamentos de uso contínuo nas doenças respiratórias crônicas e os efeitos na cavidade oral	31
2.3. O atendimento odontológico da pessoa com DRCs	34
2.3.1. Asma	35
2.3.2. Doença pulmonar obstrutiva crônica	36
2.4. Condições bucais relacionadas às doenças respiratórias crônicas	39
2.4.1. Alterações no fluxo salivar	39
2.4.2. Defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário	40
2.4.3. Cárie dentária	44
2.4.4. Doenças periodontais	47
2.4.5. Candidose Oral	48
2.4.6. Maloclusões dentárias	49
3. CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA: SEGUIMENTO REGULAR PARA MANTER A SAÚDE BUCAL	55
3.1. A importância dos cuidados nos primeiros 1.000 dias de vida e a prevenção integrada de doenças crônicas bucais e respiratórias	55
3.2. O tabagismo e a prevenção integrada de doenças crônicas bucais e respiratórias	56
3.3. A importância de consultas sequenciais, integradas entre as equipes de saúde	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60

PREFÁCIO

Para mim, é uma honra poder prefaciá-la esta obra que considero importante para a atenção interprofissional de saúde na área de doenças crônicas não transmissíveis, em especial as doenças respiratórias crônicas.

A autora, Profa. Dra. Ana Margarida Melo Nunes, é docente na Universidade Federal do Maranhão e atua na área de Odontologia para Pacientes Especiais há muitos anos, com ênfase ambulatorial e hospitalar, onde tive meu contato com ela. Sua dedicação nesta área certamente trouxe a inspiração em trazer parte da sua experiência profissional para os colegas da área, permitindo que tenhamos acesso a informações importantes para o atendimento ao grupo de indivíduos com doenças respiratórias crônicas.

Esta obra é apresentada em forma de E-book e aborda, de forma interdisciplinar, as doenças respiratórias crônicas, desde o conhecimento da patofisiologia, atendimento interprofissional, com um enfoque especial no atendimento odontológico ao grupo de pacientes com doenças crônicas adquiridas nos primeiros 1.000 dias de vida até a fase adulta, em todos os seus aspectos e com o enfoque odontológico. E, de forma especial, aborda o atendimento aos pacientes que precisam de atendimento no Sistema Único de Saúde, além dos que são atendidos na rede de saúde suplementar.

Acredito que este E-book será muito útil para a prática clínica diária. Portanto, aproveitem a leitura!

Paulo Sérgio da Silva Santos

Professor Associado do Departamento de Cirurgia,
Estomatologia, Patologia e Radiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru
Universidade de São Paulo

APRESENTAÇÃO

Olá, aluna(o)!

Neste livro, você terá a oportunidade de conhecer os principais modelos de cuidados das doenças respiratórias crônicas na rede de Atenção Primária à Saúde, evidenciando, assim, o papel da odontologia na integralidade do cuidado a esse indivíduo

Serão abordadas as principais doenças respiratórias crônicas, seus sinais e sintomas, além de orientações para um tratamento odontológico seguro e eficaz.

Este material também orientará você a identificar nos indivíduos alterações decorrentes dessas doenças e do seu tratamento na cavidade bucal, assim como o motivará a contribuir com a cessação de hábitos que possam impactar na qualidade de vida tanto do indivíduo como da família.

Ao final da leitura deste material, você estará qualificado para identificar possíveis portadores da DPOC, e apto para discutir, planejar e realizar atendimentos integrados aos outros profissionais da Equipe de Saúde da Família da sua unidade, fortalecendo a articulação do cirurgião-dentista com a equipe multiprofissional.

Bons estudos!

1 Rede de saúde bucal e o paciente com doenças respiratórias crônicas

Doenças respiratórias crônicas (DRCs) são doenças crônicas das vias aéreas superiores e inferiores (BRASIL, 2010). Estão entre as doenças crônicas mais comuns no Brasil com início na infância e com graves complicações em idosos (BRASIL, 2010; CRUZ et al., 2018). Foi estimado, em 2015, que quase 4 milhões de mortes acontecem no mundo por consequências das DRCs, com uma maior prevalência em países em desenvolvimento (WHO, 2016).

As DRCs que mais afetam a população mundial são: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma, rinite, doenças pulmonares ocupacionais, síndrome de apneia do sono e hipertensão pulmonar. Não são doenças curáveis, mas a adesão ao tratamento pode ajudar a controlar os sintomas e melhorar a qualidade de vida de indivíduos com a doença ((WHO, 2007; Brasil, 2010).

Muitos dos fatores de risco para DRCs preveníveis já foram identificados e medidas eficazes de prevenção devem ser estabelecidas. Tabagismo, poluição ambiental, alérgenos, agentes ocupacionais e algumas doenças, como esquistossomose e doença falciforme, podem ser citados como fatores de risco preveníveis para DRCs. Além disso, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também podem ser consideradas fatores de risco com impacto significativo sobre essas doenças. O aumento na expectativa de vida representa fator de risco independente para esse grupo de doenças.

Destes fatores, o tabagismo se constitui o mais robusto fator de risco prevenível das DRCs, assim como um dos mais responsáveis por agravamento de quadros de insuficiência respiratória em indivíduos já com a doença instalada (BRASIL, 2010).

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco. É reconhecido como uma dependência química, independente da forma do uso como cigarro, charuto, cachimbo, narguilé, rapé e uso oral do tabaco – tabaco sem fumaça (moído e mascado) (Brasil, 2014a).

Esse hábito representa risco a grupos de doenças enumeradas a seguir:

- 30% de todos os casos de câncer (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, colo de útero, vulva, leucemia mieloide);
- 90% dos casos de câncer de pulmão;
- 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar;
- 25% dos casos de cardiopatia isquêmica e doença.

(SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA *et al.*, 2010; BRASIL, 2014a).

Por toda essa complexidade de riscos à saúde, se torna necessário o cuidado integral da pessoa com DRCs, não apenas tratando os sinais e sintomas, mas agindo na prevenção de riscos, o que tem sido efetivo para a redução da morbidade destes doentes (Brasil, 2010). O Ministério da Saúde, por meio da implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, promoveu a reorganização do cuidado e sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também a promoção da saúde e a prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações aos usuários (Brasil, 2014a).

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISERBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde e a integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2011). As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de três elementos básicos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011). Portanto, para o cuidado integral e longitudinal dos usuários dos serviços de saúde com doenças respiratórias crônicas, é fundamental a assistência odontológica, pois muitos desses usuários apresentam manifestações bucais, como respiração bucal, defeitos de desenvolvimento do esmalte, estando mais propensos ao desenvolvimento de doença periodontal e cárie dentária (BRASIL, 2018).

Serviços de Atenção Primária constituem-se como centro de comunicação da rede, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde (MENDONÇA *et al.*, 2018). O cirurgião-dentista inserido na APS

deve se envolver nas atividades de promoção da saúde relacionadas ao combate dos fatores de risco associados às doenças crônicas respiratórias. Além disso, é fundamental a adequação de meio bucal e a terapia periodontal básica.

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde em secundários e terciários. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção Especializada Hospitalar, nas macrorregiões sanitárias (BRASIL, 2013).

Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de Pontos de Atenção à Saúde: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades Odontológicas, laboratórios de prótese dentária, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), entre outros. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2018).

As visitas domiciliares devem ser utilizadas como um dispositivo robusto para o conhecimento do contexto familiar e dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença das doenças respiratórias crônicas, bem como para a realização de atividades educativas ou até curativas (desde que haja infraestrutura adequada) especialmente entre os usuários dos serviços de saúde que apresentam dificuldades de se deslocarem às unidades básicas de saúde (DE-CARLI et al., 2015). A atenção domiciliar é fundamental para pacientes que utilizam a ventilação mecânica, por exemplo. Portanto, a rotina de visitas domiciliares aproximaria o trabalho das equipes de Saúde Bucal à realidade vivenciada pelos usuários com doenças respiratórias crônicas, constituindo-se como um recurso fundamental para a transformação de práticas de saúde e a manutenção dos hábitos de vida saudáveis, especialmente durante a pandemia da covid-19, em que as doenças crônicas respiratórias, como a asma, podem contribuir para a maior morbimortalidade dos pacientes diagnosticados pela covid-19.

Caso o usuário não tenha todas as suas demandas atendidas na

atenção primária, deverá ser encaminhado para atenção especializada. A Atenção Especializada Ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse sentido, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, dessa forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

A Odontologia Hospitalar compõe as ações da RAS em saúde bucal. Segundo a Resolução CFO-163, de 9 de novembro de 2015, a Odontologia Hospitalar é uma área da Odontologia que atua em pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em assistência domiciliar. Tem como objetivos: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos (BRASIL, 2018).

A dificuldade em adequar a cavidade oral, muitas vezes apresentando dentes sépticos, e em manter adequada higiene bucal em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) propicia a colonização do biofilme dental por micro-organismos patogênicos, especialmente respiratórios, o que representa risco ao agravamento do quadro das infecções no ambiente hospitalar e das pneumonias nasocomiais (BRASIL, 2018).

PARA SABER MAIS!

[Acesse a Portaria MS/GM Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013](#), que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

1.1 Principais Doenças Crônicas Respiratórias

Considerando que a equipe de Saúde Bucal pode estar plenamente inserida no manejo das Doenças Crônicas Respiratórias na Atenção Primária, é fundamental conhecer quais são os principais tipos, incluindo sinais e sintomas.

-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC): enfermidade respiratória progressiva que afeta aproximadamente 210 milhões de indivíduos no mundo. É uma das principais causas de mortalidade e morbidade crônica, prevendo-se que, em 2030, atinja o sétimo lugar em termos de peso de doença a nível mundial (WHO, 2007).

É caracterizada por sinais e sintomas respiratórios associados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores (WHO, 2007; BRASIL, 2013a). A obstrução do fluxo aéreo está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. O processo inflamatório crônico pode produzir alterações dos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2014; WHO, 2007; BRASIL, 2013a).

- Asma: doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse que variam em gravidade e frequência de indivíduo para indivíduo. Os sintomas podem ocorrer várias vezes ao dia ou persistir por semanas, particularmente à noite, início da manhã ou durante a atividade física. A Organização Mundial de Saúde estima ter 235 milhões de pessoas com asma no mundo, sendo a doença crônica mais comum em crianças (WHO, 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2012).

- Rinite: acomete cerca de 20 a 25% da população em geral. É considerada uma inflamação aguda ou crônica, infecciosa, alérgica ou irritativa da mucosa nasal. Os casos agudos, em sua maioria, são causados por vírus, e os casos crônicos ou recidivantes são geralmente determinados pela rinite alérgica, induzida pela exposição a alérgenos, que, após sensibilização, desencadeiam resposta inflamatória mediada por

imunoglobulina E (IgE). Os sintomas mais comuns são rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal e espirros em salvas (BRASIL, 2010).

A rinite alérgica é considerada como fator de risco e marcador de gravidade da asma. Ela piora a asma, além de aumentar o risco de hospitalizações e exacerbar as crises (BRASIL, 2010).

-Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono: atinge 1% da população mundial e aproximadamente 6% da população adulta. Caracterizada por episódios recorrentes de obstrução das vias aéreas superiores, que levam a uma redução nítida (bradipneia) ou nula (apneia) do fluxo de ar pelo nariz ou pela boca. Esses episódios costumam ser acompanhados por roncopatia e hipoxemia, e habitualmente terminam com microdespertares que têm como consequência a fragmentação do sono. Na sua maioria, o doente com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono não apresenta anomalias respiratórias detectáveis enquanto está acordado (WHO, 2007).

Nas crianças, a etiologia da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono difere dos adultos, pois a hipertrofia das amígdalas e adenoides é a causa mais comum da doença, apesar de a crescente prevalência de obesidade infantil, nos últimos anos, representar um fator contributivo importante em muitos casos (WHO, 2007). Muitas crianças com Síndrome da Apneia do Sono estão sendo equivocadamente diagnosticadas com Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, devido ao comportamento sonolento ou irritado durante as atividades diárias (HENRIQUES FILHO et al., 2016).

-Hipertensão pulmonar: ocorre quando a pressão média da artéria pulmonar é superior a 25mmHg. Com o curso da doenças, as artérias endurecem e dificultam a passagem do sangue, fazendo com que o lado direito do coração trabalhe mais para bombear o sangue. Como consequência futura deste processo ocorre o enfraquecimento do músculo cardíaco, desencadeando a insuficiência cardíaca. Pode ser idiopática, mas é raro e geralmente está associada a outras patologias, como anemia falciforme, esquistossomose, esclerose múltipla, doenças cardíacas congênitas, hipertensão portal e infecção a HIV (WHO, 2007).

-Doenças pulmonares ocupacionais: A exposição ocupacional eleva a ocorrência das DCRs que, com medidas simples, poderiam ser

preveníveis. Mesmo após cessada a exposição, o indivíduo pode desencadear sintomas respiratórios residuais por toda a vida. Essa exposição inclui um espectro de condições provocadas pela inalação de materiais tanto orgânicos como inorgânicos. O risco de asma e de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com origem no local de trabalho, atribuível a uma determinada população, estima-se que seja por volta de 15% (WHO, 2007).

PARA SABER MAIS!

Para elaborar estratégias para prevenir e reduzir esse problema mundial, a OMS criou a [Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases \(GARD\)](#), em que pesquisadores de todo o mundo trabalham com o objetivo de reduzir a carga global das DRCs.

1.2 A atenção Primária à Saúde e a coordenação do cuidado à pessoa com doença respiratória crônica

A Atenção Primária à Saúde (APS), por ser a porta de entrada no Sistema de Saúde, é o local ideal para desenvolver as estratégias de promoção de saúde na prevenção e no controle das complicações das doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2014a). O manejo dos casos leves e moderados de rinite, asma e DPOC deve ser realizado pelas equipes da Atenção Primária, que, por atuarem de forma próxima das famílias, conseguem melhor adesão ao tratamento, permitindo maior controle dos sintomas, com consequente diminuição do número de internações hospitalares e aumento na qualidade de vida. É necessário, portanto, que os profissionais das equipes da Saúde da Família estejam preparados para lidar com esses agravos, para que possam ofertar o melhor tratamento às pessoas que têm doença respiratória crônica.

“A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal das ações favoráveis ao fortalecimento da saúde humana, direcionada a reduzir a vulnerabilidade, os riscos e agravos à saúde, defendendo a equidade, a participação e o controle social nas políticas públicas inter-

setoriais, por meio da capacitação da comunidade em defesa da melhoria da qualidade de vida. A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma (OTTAWA, 1996 apud BRASIL, 2010).

Essas ações são realizadas pelas equipes multiprofissionais da APS (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, agente comunitário de saúde, fisioterapeuta, educador físico etc.) que devem trabalhar integrados, impactando positivamente nos fatores do processo saúde-doença através do cuidado integral ao indivíduo com DRCs (BRASIL, 2010).

O matriciamento é um processo de construção compartilhada para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica importante para o planejamento da assistência aos indivíduos com DRCs. A interconsulta é um instrumento do matriciamento e define-se como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral de saúde, e tem como objetivo complementar ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento, para traçar um plano terapêutico. É bastante comum a necessidade de um parecer de outro profissional (exemplos: médico, psicólogos) sobre determinado aspecto da saúde do paciente para que o dentista elabore seu plano de tratamento ao indivíduo asmático, por exemplo (BRASIL, 2018).

Os pilares dessas estratégias consistem na conscientização do doente e sua família a serem responsáveis no controle dos riscos, estimulando o cuidado compartilhado (equipe de saúde, doente e família), apoiando o autocuidado (instruindo o indivíduo a auxiliar e a ter responsabilidade no controle de sua condição crônica), reforçando a eficiência nos cuidados preventivos, além de valorizar diversos saberes e práticas para tratamentos mais resolutivos, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014a). Essas ações estratégicas incluem:

- Acolhimento: a equipe de saúde deve valorizar as queixas das pessoas com DRCs e de suas famílias, estar disposta a ouvi-las, não desvalorizar ou minimizar seus problemas e reconhecer seu direito a esclarecimentos e informações (BRASIL, 2010).
- Fortalecimento do vínculo do paciente com a Unidade de Saúde da

Família (USF): reafirmar a importância da aderência ao tratamento médico e a não descontinuidade do mesmo (BRASIL, 2010).

- Educação para a saúde: identificar hábitos e estilos de vida que podem exacerbar os sintomas e desencadear crises nas pessoas que possuem DRCs (BRASIL, 2010).
- Ênfase na prevenção e na pré-crise: a pessoa e sua família precisam estar conscientes e informados sobre a importância do controle ambiental, afastamento de fatores de riscos e de promoção à saúde, como atividades físicas, hábitos de vida saudável e cessação do tabagismo (BRASIL, 2010).

REFLETINDO!

O cirurgião-dentista, junto com outros profissionais da equipe de saúde, tem papel fundamental no acolhimento e na orientação dos riscos, como o tabagismo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou um fluxograma para o atendimento à pessoa com doença respiratória crônica na APS, demonstrando a importância da formação de vínculo de toda a equipe de saúde com o usuário, fortalecendo ações para a adesão e continuidade do tratamento, impactando na redução de consultas desnecessárias e internações. [Acesse para conhecer mais detalhadamente o fluxo de atendimento na Atenção Primária à Saúde.](#)

PARA SABER MAIS!

Atualmente, o número de visitas domiciliares para suporte aos usuários dos serviços de doenças respiratórias crônicas pode ser consultado pelo [Sistema Informação de Saúde da Atenção Básica \(SISAB\)](#). Esse é um indicador de desempenho, produção e qualidade da atenção básica. Acesse o link para consultá-lo.

Agora vamos pensar em uma situação prática:

Pensando que a assistência odontológica é parte integrante da Rede de Atenção às Condições Crônicas não Transmissíveis, imagine que Marília, cirurgiã-dentista pertencente à equipe de Saúde da Família da Unidade Mata dos Cocais, recebeu o usuário do serviço de saúde Carlos, para o seu primeiro atendimento odontológico nesta Unidade.

Carlos, um rapaz de 16 anos, procurou atendimento odontológico na Unidade de Saúde da Família acompanhado de seu pai, após ter sido motivado pelo Agente Comunitário de Saúde, durante uma visita domiciliar quando reclamou que “sentia dor de dente quando tomava água gelada”.

Pedi para entrar sozinho na sala de atendimento e que seu pai o aguardasse na sala de espera. Relatou que vinha sempre a esta Unidade para consultar com o médico. Era asmático desde a infância, tinha medo de ir ao dentista porque, como tinha tomado muitos medicamentos para a sua doença, achava que a anestesia de dente pudesse fazer mal para a sua saúde. Falou que pediu para o pai não entrar, porque queria confessar ao dentista que fumava cigarros escondido da família, no ambiente escolar junto com seus amigos e que seus dentes estavam bem amarelos.

Marília realizou a anamnese e observou que Carlos neste momento estava assintomático, com queixa de secura na boca e que estava fazendo uso do medicamento Beclometasona, de forma inalatória.

No exame clínico odontológico foi identificado: lesões cavitadas de cárie nas faces proximais dos incisivos centrais superiores e primeiro pré-molar inferior direito; hipoplasia de esmalte associadas a lesões de cárie cavitadas nos primeiros molares permanentes e hipoplasia de esmalte nos segundos molares permanentes ainda sem fraturas ou lesões de cárie; mordida aberta anterior com palato profundo, respirador bucal; e manchas extrínsecas (Nicotina) nas faces linguais e palatinas dos dentes.

Imagine que você é a(o) cirurgiã(o)-dentista, pertencente a uma equipe de Saúde Bucal que atenderá o jovem Carlos, que apre-

senta uma doença respiratória crônica (asma) e que tem necessidade de intervenção na cavidade bucal.

REFLETINDO!

Quando o usuário entra no consultório, você tem habilidade e conhecimento científico para identificar os sinais e sintomas das DRCs e os determinantes sociais e de saúde que podem estar contribuindo para o agravamento da condição?

A integração com a equipe que compõe a eSF seria importante para o caso? Qual o impacto do conhecimento desses determinantes para o cuidado em saúde bucal?

A primeira consulta é importante para conhecer o usuário, com suas vivências e queixas clínicas. A anamnese deve ser feita de forma detalhada, verificando hábitos, estilo de vida e condições preexistentes que podem interferir na saúde bucal e sistêmica.

2 CUIDADOS AO USUÁRIO DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.1 O quadro sistêmico da pessoa com DRCs e a anamnese odontológica

Relembrando o fluxograma do atendimento à pessoa com DRCs na APS (BRASIL, 2010), o acolhimento é o momento ideal de desenvolver habilidades de comunicação, para que o usuário se sinta menos distanciado do profissional, tornando uma relação mais humanizada por meios de falas, perguntas, posturas e gestos que sejam capazes de gerar empatia, deixando o paciente com mais autonomia para falar sobre a sua saúde. Neste momento, a anamnese transcende para construir um bom relacionamento através da escuta centrada na pessoa. (CERON, [2011?]). Mariane, disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf

Etapas da anamnese:

- 1- Investigação da história médica e avaliação da adesão ao tratamento:
 - Diagnóstico da DRCs;
 - Frequência e gravidade das crises respiratórias;
 - Quando aconteceu a última crise?;
 - Quando foi hospitalizado ou precisou ser atendido em serviço de urgência e emergência devido a crises respiratórias?;
 - Medicamentos em uso;
 - Uso de medicamentos imunossupressores (corticoides) há quanto tempo?;
 - Possui restrições de alguma atividade por desconforto respiratório?;
 - Apresenta alergia a produtos de uso odontológico?;(WEDDELL et al., 2011; PICCIANI et al, 2019).

IMPORTANTE!

A adesão ao tratamento médico reduz a chance de intercorrências durante o tratamento odontológico. Por isso, o período ideal de intervenção é quando o paciente está assintomático ou com a doença controlada (SONIS et al., 1996).

2- Identificação dos agentes desencadeantes de crises respiratórias:

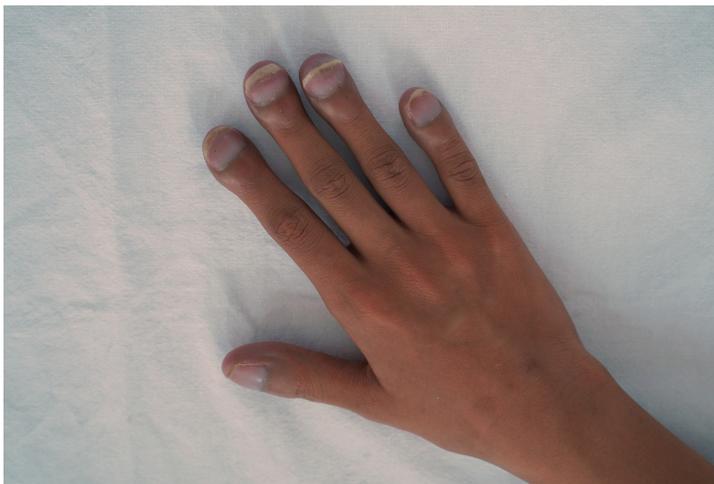
Condições sociais, ambientais e hábitos de vida, principalmente tabagismo e exposições ocupacionais (inalação de materiais da combustão de resíduos de colheita, estrume e madeira, assim como substâncias inorgânicas no local de trabalho) (WHO, 2007).

3- Identificação de sinais e sintomas presentes:

- Tosse: seca ou produtiva.
- Aguda (até 3 semanas de duração);
- Subaguda (3 a 8 semanas de duração);
- Crônica (mais de 8 semanas).
- Expectoração.
- Sibilâncias: presença de chiado.
- Hemoptise.
- Dor torácica: sensação de aperto.
- Taquipneia (aumento da frequência respiratória) e dispneia (falta de ar ou respiração difícil).
- Respiração bucal.
- Cianose: coloração azulada na pele, região perioral, leito ungueal e de mucosas (Figura 1).

(BRASIL, 2010; BRASIL, 2013c).

Figura 1: Cianose, leito ungueal



Fonte: BRASIL. Doenças respiratórias crônicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)

- Baqueteamento digital: pode estar associado também a doenças cardiovasculares e digestivas (Figura 2).

Figura 2: Baqueteamento digital



Fonte: BRASIL. Doenças respiratórias crônicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)

4- Presença de comorbidades:

Investigar a presença de outras alterações sistêmicas presentes (tuberculose, anemia falciforme, esquistossomose, diabetes, cardiopatias, nefropatias etc.) que possam interferir no protocolo de atendimento.

IMPORTANTE!

As doenças respiratórias podem estar associadas ao refluxo gastroesofágico. Diante disso, deve-se considerar um maior risco ao desenvolvimento de erosões dentárias e hábitos parafuncionais, como o bruxismo, em pessoas com DRCs (PEREIRA, 2009; LI et al., 2018).

2.2 Medicções de uso contínuo nas doenças respiratórias crônicas e os efeitos na cavidade oral

Pessoas com DRCs podem ser dependentes de medicações para a sua sobrevivência, outras necessitam somente em períodos de crise em que há a exacerbação da doença (BRASIL, 2010). Dependendo do nível sócioeconômico e cultural, o usuário pode não lembrar do nome dos medicamentos. Nesse caso, solicite a ele que traga o medicamento na próxima consulta para a confirmação do uso da droga. Também é importante que sejam identificadas a forma farmacêutica e a posologia utilizada pelo usuário. Alguns medicamentos prescritos para os indivíduos com DRCs podem ter efeitos orais, portanto, o cirurgião-dentista precisa estar consciente desses efeitos para um tratamento odontológico integral eficaz (Tabela 1).

Tabela 1: Medicamentos indicados à pessoa com DRCs e seus possíveis efeitos orais:

Grupos de medicamentos	Exemplos	Possíveis efeitos na cavidade oral
Antihistamínicos	Loratadina Dexclorfeniramina	Xerostomia
Corticoides inalatórios	Beclometasona Budesonida Fluticasona	Candidose
Corticoides sistêmicos	Prednisolona Hidro-cortisona Metilprednisolona	Uso crônico= hemorragias Candidose
Agonistas beta-2 adrenérgicos	Formoterol Salmeterol Fenoterol Salbutamol Terbutalina	Alteram fluxo e qualidade da saliva Candidose Estomatites Irritação na boca e garganta
Anticolinérgicos	Brometo de Ipratrópio	Xerostomia

Fonte: Adaptado de: BRASIL, 2010; BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – ASMA. Portaria SAS/MS nº 1.317, de 25 de novembro de 2013. Ministério da Saúde, 2013; SILVA, IJO et al.,2016.

É de suma importância que o paciente entenda sobre o seu tratamento e sobre o uso racional de medicamentos. O cirurgião-dentista e os demais profissionais de saúde são responsáveis por orientar os pacientes para minimizar a baixa adesão ao tratamento ou complicações mais severas devido ao uso indiscriminado de fármacos.

É preciso cautela durante a prescrição medicamentosa, principalmente para pacientes com acometimento sistêmico crônico. A polifarmácia está associada ao risco da gravidade das reações adversas a medicamentos. Com risco de toxicidade acumulativa, erros de medicação podem reduzir a adesão ao tratamento e aumentar a morbimortalidade (CUNHA, 2018).

Observe:

- Interação com os medicamentos de rotina que o paciente já utiliza;
- Outras alterações de saúde que podem interferir na absorção, biotransformação e eliminação do medicamento, por exemplo, comorbidades renais ou hepáticas.

Na prática odontológica, algumas interações medicamentosas são conhecidas e contraindicadas: metronidazol e álcool; metronidazol e lítio; eritromicina, claritromicina ou metronidazol e anticoagulantes orais; antibióticos com contraceptivos orais; AINES e antiagregante plaquetário, Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINES) e hipoglicemiantes orais, anticoagulantes, anti-hipertensivos, ansiolíticos e drogas depressoras do Sistema Nervoso Central. Essas associações podem inativar a absorção, distribuição, biotransformação, excreção ou reabsorção das drogas (CUNHA, 2018).

PARA SABER MAIS!

Conheça o artigo científico intitulado: Terapêutica medicamentosa em odontologia para pacientes portadores de asma, de Borges KCAV e colaboradores, publicado pela RvAcBO, em 2018; 27(1):17-24. Disponível em: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/346/446>

2.3 O atendimento odontológico da pessoa com DRCs

Recordando o que foi relatado na anamnese do caso de Carlos, ele estava: “assintomático no momento, com queixa de secura na boca e fazia uso do medicamento Beclometasona, de forma inalatória”.

No dia da consulta, Carlos não apresentava sintomas agudos, condição ideal para ser atendido no consultório sem alterações no protocolo de atendimento.

Para o atendimento odontológico, é necessário:

- Avaliação médica nos casos de pacientes instáveis e sintomáticos;
- Aferição dos sinais vitais antes e após atendimento odontológico: pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e oximetria de pulso;
- Remoção de estímulos alergênicos do consultório (ex: poeira);
- Redução de estresse: tranquilizar o paciente, tornar o ambiente menos ansiogênico evitando exposição de instrumentais estressores. A literatura aponta haver associação entre a asma, alterações psicológicas e psicossociais, levando em consideração a vida com restrições ou adoecimentos, principalmente em crianças, por isso a necessidade de conversas e técnicas de adaptação comportamental, como dizer, mostrar e fazer (SILVA, 2012).
- Consultas curtas que minimizam o estresse e a ansiedade;
- Solicitação de exames complementares em casos de procedimentos com risco hemorrágico: hemograma e coagulograma.

(PICCIANI et al., 2019).

IMPORTANTE!

- Pessoas sem terapias com broncodilatadores precisam ser monitoradas no atendimento odontológico, porque algumas destas medicações têm efeito estimulante cardíaco. Por isso, desaconselha-se o uso de anestésico com vasoconstrictor adrenérgico nestes casos (SONIS et al., 1996).
- Para os que usam broncodilatadores inalatórios, deve-se solicitar que usem uma dose antes da consulta e que levem a medicação ao consultório odontológico, visto que crises agudas podem ser desencadeadas no atendimento (PICCIANI et al., 2019).

Agora, imaginemos que Carlos apresentasse sintomatologia da Doença Respiratória Crônica no dia do atendimento ou que ele estivesse em uma crise aguda.

Nesse caso, haveria necessidade de modificarmos o protocolo de atendimento, procurando o bem-estar do paciente para minimizar o risco de intercorrências no atendimento odontológico.

Vamos entender estas alterações de acordo com a gravidade dos sintomas:

2.3.1 Asma

- Pessoas com risco significativo: apresentam exacerbação de sintomas mesmo utilizando suas medicações de suporte. Procedimentos eletivos devem ser adiados até a melhora do quadro. Procedimentos cirúrgicos e infecciosos, avaliar a necessidade de técnicas de sedação para redução de estresse, pois ele exacerba a sintomatologia da asma. Procedimentos cirúrgicos mais complexos, a hospitalização deve ser considerada (SONIS et al., 1996).

- Pessoas com alto risco: apresentam sibilos audíveis ou tosse ou infecção das vias aéreas superiores. Procedimentos eletivos devem ser adiados até a melhora do quadro de saúde. Procedimentos cirúrgicos devem ser realizados em ambiente hospitalar. Os que apresentam broncoespasmo devem ser imediatamente encaminhados a atendimento médico (SONIS et al., 1996).

2.3.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

-Pessoas com risco moderado: apresentam dispneia de esforço, com terapia intensiva com broncodilatadores, pacientes que estão fazendo uso recente de corticosteroide e pacientes com hipoxemia menor que 85mmHg. Evitar usar anestésicos com vasoconstritores. Realizar consultas curtas e avaliar, em casos de pacientes com hipoxemia, tratamento cirúrgico hospitalar (SONIS et al., 1996).

- Pessoas de alto risco: com sintomas de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica não diagnosticada anteriormente, pessoas com infecção respiratória aguda, pessoas diagnosticadas com dispneia significativa em repouso ou coloração pulmonal que requerem oxigenoterapia intensiva, pessoas com retenção de CO². Procedimentos eletivos devem ser adiados em pessoas com infecções respiratórias agudas. Considerar atendimento hospitalar em procedimentos de emergência. Dividir a responsabilidade com o médico na prescrição de medicamentos pelo risco de depressão respiratória (SONIS et al., 1996).

A redução da dispneia é um dos objetivos maiores a serem alcançados na terapêutica da DPOC. Diversos instrumentos estão disponíveis para a medida da dispneia, entre eles, a escala de dispneia do Medical Research Council modificada (mMRC), que é usada para medir o grau de dispneia nas atividades cotidianas (KOVELIS, 2008). A aplicação desse instrumento nos serviços de Atenção Primária à Saúde pode ser interessante, por permitir ter um parâmetro do quanto a qualidade de vida e as atividades funcionais podem estar comprometidas pela DPOC (Tabela 2).

Tabela 2. Escala de Dispneia do Medical Research Council modificada.

Classificação	Características
Grau I	Falta de ar surge quando realiza atividade física intensa (correr, nadar, praticar esporte).
Grau II	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada no plano ou quando caminha em subidas.
Grau III	Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade devido à falta de ar; ou quando caminha no plano, no próprio passo, para respirar.
Grau IV	Após andar menos de 100 metros ou alguns minutos no plano, para respirar.
Grau V	Falta de ar impede que saia de sua casa.

Fonte: Adaptado de KOVELIS, Demetria et al. Validation of the Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire and the Medical Research Council scale for use in Brazilian patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Jornal Brasileiro de pneumologia*, v. 34, n. 12, p. 1008-1018, 2008.

Seguindo a descrição do caso de Carlos, ele relata uma preocupação em relação ao tratamento odontológico: “tinha medo de ir ao dentista, porque, como tinha tomado muitos remédios para a sua doença, achava que a anestesia de dente pudesse fazer mal para a sua saúde”.

Você já pensou nisso? Na necessidade de cuidados adicionais com a conduta anestésica odontológica de pessoa com DRCs?

O conhecimento das drogas de uso contínuo ou nas crises e os sinais e sintomas apresentados pelo usuário no dia do atendimento odontológicos serão determinantes na escolha do anestésico pelo profissional.

Recomendações:

- Aplicar técnica anestésica apurada, com injeção lenta, seringa carpule com aspiração – com isso, evita-se a sobredosagem de medicação e a toxicidade por injeção intravascular;
- Avaliar as comorbidades, como doenças cardiovascular e terapias com broncodilatadores (são estimulantes cardíacos) e suas implicações na escolha anestésica;
- Pacientes asmáticos corticosteroides dependentes podem desenvolver hipersensibilidade a sulfetos. Trata-se de um tipo de conservante utilizado nos vasoconstritores adrenérgicos presentes nos anestésicos locais odontológicos. Para estes pacientes, recomenda-se anestésico sem vasoconstritor ou com vasoconstritor não adrenérgico, como a Felipressina;
- Aplicar as referidas recomendações para todos os casos de DRCs.

IMPORTANTE!

Não há contraindicação à conduta anestésica odontológica de pessoas com DRCs quanto à base anestésica. Assim, para estas pessoas, podem ser indicados os anestésicos locais compostos por Lidocaína, Prilocaína, Mepivacaína e outros. Entretanto, o que requer atenção para esse grupo de pessoas é a seleção de um vasoconstritor não adrenérgico, como a Felipressina (PICCIANI et al., 2019). Assim, a escolha final será pelo anestésico local do tipo Prilocaína combinado com o vasoconstritor Felipressina (exceto em grávidas e pacientes com doenças hematológicas devido ao risco de meta-hemoglobinemia).

2.4 Condições bucais relacionadas às Doenças Respiratórias Crônicas

Retomando ao caso de Carlos, é importante atentar às suas informações clínicas para o adequado tratamento das alterações mais frequentes na cavidade bucal da pessoa com doenças crônicas respiratórias.

Carlos se queixa de secura na boca e informa que fazia uso de Beclometasona inalatório. Além disso, apresenta “lesões cavidadas de cárie nas faces proximais dos incisivos centrais superiores e primeiro pré-molar inferior direito, hipoplasia de esmalte com lesões de cárie cavidadas nos primeiros molares permanentes e hipoplasia de esmalte nos segundos molares permanentes ainda sem fraturas ou lesões de cárie. Mordida aberta anterior com palato profundo, respirador bucal. Manchas extrínsecas (nicotina) nas faces linguais e palatinas dos dentes”.

2.4.1 Alterações no fluxo salivar

Alterações de fluxo salivar podem ser um achado comum em pacientes com doenças respiratórias que utilizam medicamentos de forma crônica. Essa diminuição de fluxo pode causar disfagia e um maior risco à cárie dentária (PICCIANI et al., 2019).

Neste caso, podemos ajudar o Carlos com algumas orientações para a sua rotina diária (THOMAS et al., 2010; PICCIANI, et al., 2019):

- Maior hidratação: aumento da ingestão de líquidos. Orientar o paciente que este aumento da hidratação não inclui sucos adoçados com sacarose, sucos industrializados e refrigerantes;
- Estimulantes salivares: uso de gomas de mascar sem açúcar, como estímulo ao fluxo salivar;
- Repositores salivares: em casos mais graves;
- Avaliação profissional com cirurgiã(o)-dentista: para identificar a presença de lesões iniciais de cárie dentária e fluorose;
- Enxague da boca com água após uso de medicação inalatória;
- Estimular o uso adequado de inaladores com auxílio de dispo-

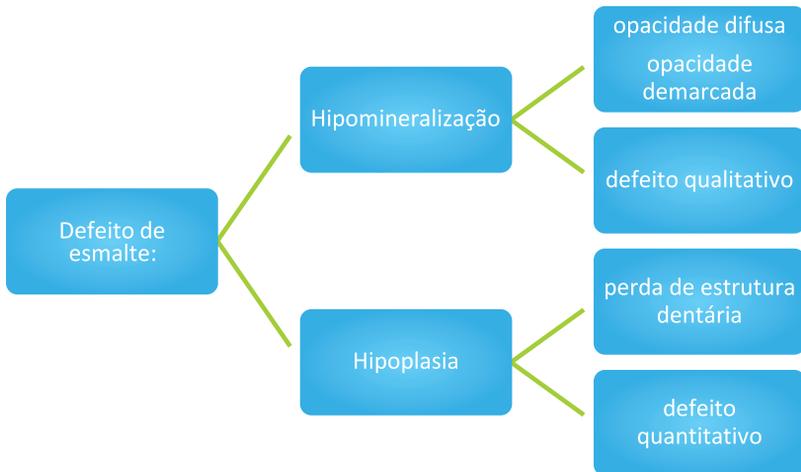
sitivo espaçador para acesso dos medicamentos diretamente nas vias aéreas.

2.4.2 Defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário

Os defeitos da superfície do esmalte são alterações da aparência normal do dente devido a modificações da sua translucidez. São alterações de maturação ou calcificação do esmalte e podem apresentar áreas com características de manchas ou perda de estrutura com rugosidade. Essas alterações expõem crianças a um risco 15 vezes maior ao desenvolvimento da doença cárie, porque tanto as manchas como as áreas com perda de estrutura dentária são passíveis de fraturas pós-eruptiva, que criam um ambiente ideal para o acúmulo do biofilme microbiano na região (PASSOS et al., 2007).

Os defeitos de esmalte podem ser classificados em hipoplasia e hipomineralização, como descritos na Figura 3:

Figura 3: Classificação dos defeitos de esmalte:



Fonte: Adaptado de Passos et al.,2007; Lima et al., 2014

Os defeitos de esmalte têm na sua gênese inúmeros fatores de risco, sugerindo que qualquer alteração de saúde que ocorra antes dos 5 anos de idade possa modular a atividade ameloblástica e, portanto, comprometer a amelogênese. Dentre os fatores sistêmicos da ocorrência destes defeitos estão as infecções respiratórias (LIMA et al., 2014; MASTORA et al., 2017). Um estudo de base populacional em Teresina (PI) com crianças de 5 anos de idade identificou que das crianças que tiveram asma no primeiro ano de vida, 69% delas apresentavam defeitos de esmalte no segundo molar decíduo (LIMA et al., 2019).

Os ameloblastos são células sensíveis a mudanças no ambiente intracelular e a presença de uma doença sistêmica pode influenciar negativamente a aposição de minerais no dente em formação (GUERGOLETTE et al., 2009), contribuindo para a formação de dentes com hipoplasia e hipomineralização. Esses defeitos de aposição e desenvolvimento do esmalte são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da cárie dentária, portanto, é fundamental o reconhecimento precoce das características clínicas desses dentes, como: manchas opacas de cor branca, amarela ou castanha, sulcos, depressões ou fissuras nas superfícies do esmalte, aspectos observados na Figura 4 (PASSOS et al., 2007).

Figura 4: Incisivos centrais superiores permanentes com esmalte rugoso e perda de estrutura dentária devido à hipoplasia do esmalte



Imagem gentilmente cedida Profa. Ana Margarida Melo Nunes

Figura 5: Incisivo central e lateral superior permanente com hipomineralização do esmalte dentário sem perda de estrutura dentária.



Imagem gentilmente cedida Profa. Ana Margarida Melo Nunes

Indivíduos com hipoplasia (Figura 4) ou hipomineralização (Figura 5) de esmalte podem apresentar sensibilidade a estímulos térmicos e até mesmo ao movimento da escova dental durante a escovação. Pacientes com defeitos de desenvolvimento do esmalte devem frequentar constantemente os serviços odontológicos com o objetivo de prevenir a sensibilidade dentária e a cárie dentária, pois alterações quantitativas e qualitativas do esmalte dentário podem tornar o paciente mais susceptível à hipersensibilidade dentinária e ao aparecimento de lesões de cárie. É fundamental avaliar o grau de sensibilidade dentária nestes indivíduos e o quanto essa condição poderá interferir na qualidade de sua da higiene oral (FERNANDES et al., 2012; OWEN et al., 2018).

Estão enumeradas a seguir as consequências da presença de dentes com hipoplasia ou hipomineralização na rotina do indivíduo:

- Causa sensibilidade dentária;
- Gera medo e ansiedade no atendimento
- Interfere na qualidade de higiene bucal;
- Modifica os hábitos nutricionais;
- Aumenta o risco de fraturas dentais ou cárie dentária (FERNANDES et al., 2012; OWEN et al., 2018).

Esses casos precisam ser identificados e devem ser tomadas as necessárias condutas para a melhora do quadro do paciente.

Sugestões para melhora da sensibilidade dentinária:

- Uso de cremes dentais com flúor (no mínimo 1100ppm de flúor) (BRASIL, 2009).
- Uso de cremes dentais com agentes dessensibilizantes. Exemplo: arginina para o selamento de túbulos dentinários;
- Bochechos diários com soluções fluoretadas (0,05%);
- Aplicações profissionais de verniz fluoretado ou de flúor gel (1x por semana, durante 30 dias)
(PASSOS et al., 2007; FERNANDES et al., 2012).

Existe um maior risco de quebras e fraturas de tecido dental em dentes com essas alterações. Estas fraturas (Figura 6), favorecem a instalação da cárie dentária por reter mais biofilme, assim como a sua progressão ocorre de forma mais rápida por ser um dente com alterações estruturais. Em recente revisão sistemática com metanálise, os autores demonstram uma clara associação entre a presença de defeitos de esmalte e a cárie da infância (COSTA et al., 2017).

Figura 6: Primeiro molar permanente com hipoplasia de esmalte com fraturas pós-eruptiva e perda de estrutura



Imagem gentilmente cedida Profa. Ana Margarida Melo Nunes

Observe, neste caso, um dente com perda de estrutura, presença da doença cárie e com fraturas decorrentes da hipoplasia de esmalte durante a mastigação. Foi inserido na cavidade um material obturador provisório para diminuir a sensibilidade e evitar uma maior perda de estrutura dental, até a reanatomização do dente em momento posterior.

Nesses casos, as avaliações periódicas são muito importantes para o acompanhamento de possíveis fraturas dentais. Recomenda-se o uso de selantes de fôssulas e fissuras ou mesmo restaurações em áreas já fraturadas.

PARA SABER MAIS!

Aprofunde seus conhecimentos sobre o risco aumentado de defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário relacionado à severidade da asma, com o artigo de Guergolette RG e colaboradores, intitulado: Prevalência de defeitos do desenvolvimento do esmalte dentário em crianças e adolescentes com asma. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-37132009000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

2.4.3 Cárie dentária

Retomando o exame clínico de Carlos, foi identificada a presença de lesões cavitadas de cárie. Nesse momento, o cirurgião-dentista traçar estratégias para prevenção e tratamento das doenças bucais que devem estar integradas às ações de controle da condição crônica, no caso de Carlos, a Asma, uma DRC.

A cárie dentária é a doença crônica mais prevalente na infância (WHO, 2015), tem caráter não infeccioso, não transmissível e se desenvolve na presença de açúcares livres no meio bucal, sendo, por isso, denominada como doença açúcar-dependente (SHEIHAM E JAMES, 2015).

No grupo dos açúcares livres, há aqueles que são adicionados aos alimentos e bebidas, assim como aqueles presentes de forma na-

tural no mel, frutas, sucos e concentrados de frutas (WHO, 2015). O maior consumo de açúcar tem sido associado à ocorrência de Asma em crianças (THORNLEY et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2017; PADILHA et al., 2010), evidenciando a importância de as estratégias de prevenção estarem integradas às doenças crônicas como um todo, incluindo as doenças bucais, com o envolvimento de toda a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas etc.) (AGOSTINI et al., 2019).

A cárie dentária também apresenta fatores de risco comuns com outras doenças crônicas não transmissíveis e está associada ao maior consumo de açúcares, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade, fortalecendo o tratamento integral do indivíduo (PITTS et al., 2019). Um estudo de base populacional, avaliando crianças de 2 anos, concluiu que a exposição precoce destas crianças a bebidas açucaradas pode contribuir para o aumento do risco de Asma, em crianças em que o sobrepeso/obesidade ainda não são evidentes (PADILHA et al., 2020).

Na cavidade bucal, os micro-organismos do biofilme dentário usam diferentes açúcares como fonte de energia, produzindo ácidos como resultado da sua fermentação biológica, os quais desmineralizam as superfícies dos dentes, culminando em lesões iniciais de cárie, as chamadas manchas brancas ativas. Essas manchas de características opacas e porosas se localizam na margem gengival e/ou ao longo das paredes das fissuras dentais e necessita de uma abordagem não invasiva, através da remoção do biofilme dentário pelas práticas de higiene e uso de produtos fluoretados (NYVAD et al., 1999; NYVAD et al., 2018; BRASIL, 2018).

Quando implantadas estratégias de controle efetivo dos fatores etiológicos da doença cárie, essas lesões se tornam inativas, modificando o seu aspecto para liso, brilhante, localizadas à alguma distância da margem gengival ou mesmo nas fissuras sem alguma perda de substância clinicamente detectável. São lesões que não precisam de intervenção, além da prevenção de controle do biofilme e escovação com creme dental fluoretado (NYVAD, 1999; NYVAD, 2018).

Nas lesões com perda de estrutura (cavidades), estratégias de controle do biofilme, além de restaurações, são essenciais para o controle da doença, principalmente quando as lesões se estendem à dentina e tornam o controle do biofilme difícil. A avaliação e a necessidade

do monitoramento da atividade e inatividade das lesões serão determinantes para a marcação do retorno do usuário para reavaliações futuras (NYVAD et al., 2018).

Nos indivíduos com DRCs, as estratégias de controle da doença cárie envolvem:

- Aconselhamento dietético, especialmente fazendo menção à diminuição do consumo de alimentos e bebidas açucarados;
- Avaliação das medicações e forma de apresentação (líquida com/sem açúcar), frequência e potencial de diminuição de fluxo salivar;
- Uso de fluoretos;
- Tratamento reabilitador em lesões cavitadas para evitar o acúmulo do biofilme;
- Instruções de higiene oral: escovação dentária com dentífrico fluoretado de, no mínimo, 1000ppm de flúor e uso de fio dental;
- Consultas odontológicas regulares estabelecidas de acordo com o risco da doença;
- Manejo de lesões iniciais de cárie, com aplicações de verniz fluoretado, selantes de fóssulas e fissuras de acordo com as necessidades individuais de tratamento, em conjunto com ações preventivas e promotoras visando ao aumento do autocuidado.

PARA SABER MAIS!

Conheça os meios de utilização do flúor para prevenção da cárie dentária apresentados no “Guia de Recomendações para Uso de Fluoretos no Brasil”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_fluoretos.pdf

2.4.4 Doenças periodontais

A atividade de doença periodontal aumenta a produção de mediadores inflamatórios, como as citocinas, modificando respostas imunoinflamatórias. Segundo a Federação Europeia de Periodontia e a Associação Americana de Periodontia, a inflamação presente nas infecções crônicas, particularmente na Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, pode ser alterada pela maior disseminação via hematogênica de mediadores inflamatórios presentes nas bolsas periodontais (LEITE et al., 2016).

Revisões sistemáticas e metanálises apontam que indivíduos asmáticos podem apresentar mais biofilme dental, sangramento gengival, cálculo dental e perda de inserção dos tecidos periodontais (MORASCHINI et al., 2018; FERREIRA et al., 2019).

Em pessoas com DRCs, é necessário um controle rigoroso das condições periodontais, evitando, assim, que micro-organismos periodontais sejam aspirados, o que, aliado ao baixo nível de defesa do organismo, aumentaria a colonização e a multiplicação microbiana das vias respiratórias por microrganismos periodontais, comprometendo ainda mais a qualidade respiratória destes indivíduos, especialmente aqueles hospitalizados (GUPTA et al., 2019).

O manejo das doenças periodontais inclui medidas que equilibrem as condições bucais e respiratórias, como: (LULA et al., 2014; HARRINGTON et al., 2016; BRASIL, 2018; GUPTA et al., 2019).

- Acompanhamento pneumológico frequente e de acordo com os episódios de exacerbação da Asma;
- Orientações de higiene bucal para o controle do biofilme dental;
- Orientações dietéticas, como a redução do consumo de açúcares e consequente controle do processo inflamatório inerente às condições periodontais e sistêmicas;
- Medidas de controle e cessação do tabagismo;
- Fornecimento de tratamentos odontológicos de acordo com a necessidade individual de tratamento.

Um controle mais efetivo da saúde periodontal se faz necessário neste grupo de pacientes (BRASIL, 2008).

2.4.5 Candidose Oral

Doença fúngica mais comum da cavidade oral e frequentemente associada ao uso de corticoides inalatórios, medicação de uso nas doenças respiratórias (SIMÕES et al., 2013).

Isso é devido ao fato de as medicações inalatórias usadas com frequência por pacientes com DRCS poderem causar uma disbiose no microbioma oral e faríngeo, predispondo o paciente a infecções oportunistas. Essa condição se dá pelo efeito tóxico desses medicamentos na mucosa oral, em que somente 10 a 20% da dose atinge os pulmões e 80 a 90% permanece na orofaringe (THOMAS et al., 2010).

Recomendações aos usuários de medicações inalatórias:

- Após o uso destas medicações, lavar a cavidade oral com água;
- Uso de dispositivos espaçadores que diminuam o efeito tóxico com a orofaringe e aumente a deposição pulmonar do medicamento;
- Reduzir a colonização microbiana com enxaguatórios bucais;
- Administração controlada de medicamentos antifúngicos (THOMAS et al., 2010).

Manifestações clínicas da Candidose que podem estar associadas à doença respiratória:

- Candidose pseudomembranosa: forma mais comum da doença que se não for tratada evolui para o estado crônico. Ocorre em qualquer idade, mas pessoas com imunodeficiências e lactentes são as mais predispostas. Aparece em forma de placas moles, multifocais e difusas, ligeiramente elevadas, localizadas na mucosa jugal, língua, palato e região retromolar, quando removidas se tornam eritematosas ou ulceradas.

- Candidose eritematosa: pode surgir como sequela da pseudomembranosa ou instalar-se após tratamento com antibióticos de largo espectro, corticoides ou imunodepressores. A mucosa pode se apresentar seca e brilhante, com eritema difuso, com localização preferencial no dorso da língua ocasionando a despapilação e dor (SIMÕES et al., 2013).

PARA SABER MAIS!

Acesse o artigo Infecções por *Candida spp* na cavidade Oral. Simões *et al.* Odontol. Clín.-Cient., Recife, 12 (1) 19-22, jan./mar., 2013. Disponível em: <http://revodonto.bv-salud.org/pdf/occ/v12n1/a04v12n1.pdf>

Terapia medicamentosa para a Candidose:

- Nistatina (suspensão oral para a realização de bochechos – 10mL por dois minutos, 4 a 5 vezes ao dia, por 14 dias);
- Miconazol 20mg (gel para aplicação, inclusive em próteses, 4 vezes ao dia, durante 14 dias);
- Orientação e avaliação sobre higienização de próteses, em casos de pacientes com doenças respiratórias crônicas que usem próteses dentárias (BRASIL, 2018).

2.4.6 Maloclusões dentárias

Retornando ao exame clínico de Carlos, temos a presença de “mordida aberta anterior com palato profundo”.

Informações durante a anamnese podem ajudar o cirurgião-dentista a identificar esta alteração bastante prevalente nos pacientes com DRCs: a respiração bucal.

O termo respirador bucal pode ser empregado para definir indivíduos que substituem o padrão fisiológico de respiração nasal, pela respiração predominantemente oral ou mista (nasal e oral) (BRASIL, 2010).

Na anamnese e no exame clínico odontológico de indivíduos respiradores bucais, importantes informações podem ser registradas, como:

- A obstrução respiratória do tipo total/parcial;
- Roncos durante o sono;
- Presença de hipertrofia das tonsilas e/ou adenoides;
- Maior risco de presença de apneia obstrutiva do sono;
- Falta de selamento labial constante;

- Lábios ressecados;
- Língua rebaixada e hipotônica;
- Nariz achatado e narinas pequenas;
- Protrusão da arcada dentária superior e mordida cruzada;
- Sonolência e déficit de atenção, especialmente em crianças (BRASIL, 2010).

Uma respiração bucal persistente em crianças pode resultar em anormalidade craniofacial (face alongada). O diagnóstico e o tratamento corretos são essenciais para se evitar essa deformidade e prevenir as complicações a ela associadas. Neste momento, uma abordagem interdisciplinar, ou seja, com o cirurgião-dentista interagindo com o médico do paciente, busca alternativas para modificar ou minimizar este hábito parafuncional (BRASIL, 2010).

Figura 7: Oclusão dentária de um paciente respirador bucal com mordida aberta anterior.



Fonte: BRASIL. Doenças respiratórias crônicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

Vejamos a seguir as principais alterações decorrentes da respiração bucal prolongada:

- Aumento vertical do terço inferior da face;
- Arco maxilar estreito;
- Palato em ogiva;
- Halitose;
- Maloclusão dentária (mordida aberta, incisivos superiores protruídos);
- Lábio inferior evertido;
- Hipotonia dos elevadores de mandíbula e hipotonia lingual;
- Alterações da postura de língua em repouso, na deglutição e na fala;
- Alterações da mastigação e vocais;
- Alterações posturais;
- Face alongada;
- Presença de olheiras e olhar inexpressivo;
- Nariz pequeno, curto e com asas retas;
- Bochechas pálidas e baixas (BRASIL, 2010).

AGORA É COM VOCÊ!

Após a anamnese detalhada e de ter conhecimento do estado de saúde da pessoa com DRCs, como você, cirurgiã(o)-dentista, agiria frente a esses achados clínicos?

Não esqueça a importância do atendimento interdisciplinar às pessoas com DRCs: médico e o CD da APS. Caso este profissional verifique a necessidade de uma atenção especializada no que tange à realização de procedimentos ortodônticos que não estão no seu escopo de atuação, pode encaminhar o paciente à especialidade no Centro de Especialidades Odontológicas-(CEO).

Como já foi abordado ao longo do curso, a assistência odontológica aos usuários dos serviços de saúde com Doenças Respiratórias se organiza em Rede e não está restrita aos cuidados nos estabelecimentos de saúde. É possível que haja a necessidade de encaminhamento aos Centros de Especialidades Odontológicas, com o envolvimento da odontologia hospitalar, diante pacientes internados com uso de ventilação mecânica. Além disso, a atuação do cirurgião-dentista inserido no SUS pode se expandir para o território, através do cuidado domiciliar. Dentro do cuidado domiciliar, se insere o Programa Melhor em Casa.

De maneira complementar à Rede de Atenção à Saúde, o cuidado domiciliar é fundamental para a integralidade e longitudinalidade do cuidado. O cuidado domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente por equipes multiprofissionais. É caracterizado por ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, com garantia do cuidado integral do indivíduo, devendo atuar de forma complementar aos cuidados realizados na APS, serviços de urgência ou à internação hospitalar, disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014b).

Foi regulamentado no SUS em agosto de 2011, através da portaria GM/MS N.º 2.029, a qual instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa), que desde então passa por reformulações que visam à qualificação deste programa no SUS. Atualmente, é regulamentada pela Portaria GM/MS N.º 825, de 25 de abril de 2016.

O uso do domicílio como espaço de cuidado tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar ou a redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014b).

PARA SABER MAIS!

Atualmente, o número de visitas domiciliares para suporte aos usuários dos serviços de Doenças Respiratórias Crônicas pode ser consultado pelo Sistema Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB). Este é um indicador de desempenho, produção e qualidade da atenção básica. Para consultá-lo, acesse o link: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSau-Producao.xhtml>.

Para os usuários com DRCs, a visita domiciliar integrada à Rede de Atenção à Saúde permite conhecer as condições de vida do indivíduo e sua família e identificar fatores desencadeadores ou perpetuadores dessas doenças. Possibilita também a criação de vínculos assistenciais e sociais, evitando a interrupção do tratamento e facilitando o acesso do usuário à assistência especializada. O conhecimento do espaço familiar favorece a disseminação de informações de controle ambiental, o afastamento de fatores de riscos e de promoção à saúde, como atividades físicas, hábitos de vida saudável e cessação do tabagismo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b).

Como a visita domiciliar pode melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com DRCs?

- Observação da presença de hipóxia, cor pulmonale e retenção de CO₂ - prevenção de intercorrências agudas, monitorização de oxigenoterapia e recorrência de pneumonia. O grupo de doenças que pode apresentar esta característica é o de: sequelados de DPOC, fibrose pulmonar, hipertensão pulmonar, neoplasias pulmonares, fibrose cística, bronquiectasias, cicatrizes pulmonares por tuberculose ou micose pulmonares e os aspiradores crônicos. Alguns destes pacientes são elegíveis para o uso de aparelhos, como inaladores, aspiradores, concentrador/cilindros para oxigenioterapia, ventilação não invasiva e cuidados crônicos com traqueostomia (BRASIL, 2013b).

- Acompanhamento de antibioticoterapia domiciliar em indivíduos com quadro estável, garantindo a administração dos medicamen-

tos nos horários corretos e vias de acesso quando prescrito na forma injetável (BRASIL, 2013a). No Rio Grande do Sul, 90% da clientela domiciliar de crianças até 12 anos possui doenças respiratórias, como bronquiolite, asma e outras infecções, e são acompanhadas até a conclusão do tratamento (BRASIL, 2014b).

- Orientação a cuidadores e pacientes que fazem uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada e ventilação mecânica domiciliar que estão em fase mais avançada das DRCs. Nesses pacientes, a equipe de Atenção Domiciliar proporciona melhora na qualidade de vida e ampliação na sobrevivência destes pacientes, prevenindo e/ou diminuindo o número de internações hospitalares, além de disponibilizar leitos hospitalares ocupados por pacientes com necessidade exclusiva de oxigênio suplementar (BRASIL, 2014b).

- Identificação e eliminação de riscos preveníveis que interfiram na qualidade de vida do indivíduo com DRCs. Desse modo, podem ser disseminadas informações de controle ambiental, de promoção à saúde, como atividades físicas, hábitos de vida saudável e cessação do tabagismo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014b).

É importante reforçar que a equipe de Saúde Bucal pode atuar em conjunto com os profissionais do Programa Melhor em Casa, para uma melhor assistência ao usuário do serviço de saúde assistido por esse Programa. Percebe-se que a visita domiciliar aos usuários com DRC integrada à Rede de Atenção à Saúde permite conhecer as condições de vida do indivíduo e sua família e identificar fatores desencadeadores ou perpetuadores dessas doenças. Possibilita também a criação de vínculos assistenciais e sociais, evitando a interrupção do tratamento e facilitando o acesso do usuário à assistência especializada. O conhecimento do espaço familiar favorece a disseminação de informações de controle ambiental, o afastamento de fatores de riscos e de promoção à saúde, como atividades físicas, hábitos de vida saudável e cessação do tabagismo (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b).

3 CUIDADOS COM A PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA: SEGUIMENTO REGULAR PARA MANTER A SAÚDE BUCAL

3.1 A importância dos cuidados nos primeiros 1.000 dias de vida e a prevenção integrada de doenças crônicas bucais e respiratórias

“Os primeiros 1.000 dias de vida compreendem desde o momento da concepção até os dois anos de idade da criança, é um período conhecido como ‘janela de oportunidades’, pois hábitos e atitudes adotados neste período poderão ser indicadores de saúde e doença durante toda a vida do indivíduo” (ABANTO et al., 2018).

Orientações sobre boa nutrição materna e infantil, estímulo ao aleitamento materno e não exposição ao tabaco são estratégias econômicas que podem prevenir as doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida (BRUMANA et al., 2017; ABRANTO et al., 2018). Práticas adequadas de amamentação previnem a morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias e otite média média (VICTORA et al., 2016).

Estudo de base populacional recente encontrou associação entre variáveis gestacionais: obesidade materna, consumo de refrigerante, cesariana sem trabalho de parto; variáveis após o parto: exposição a alérgenos e ao tabaco com sintomas de asma na criança (NASCIMENTO et al., 2017). Outro estudo concluiu que a exposição infantil a substâncias poluentes pode estar associada a comprometimento pulmonar a longo prazo (SHAO et al., 2020).

Portanto, a abordagem de uma prevenção inicial e integrada da equipe de saúde necessita considerar fatores de risco a DRCs que estão presentes desde o início da vida do indivíduo e que possam predizer futuras doenças crônicas não transmissíveis (NASCIMENTO et al., 2017; ABANTO et al., 2018).

Retomando o caso de Carlos e lembrando que a abordagem educativa é parte integrante do tratamento odontológico, precisamos mediar esta situação grave quando o Carlos relata: “Falou que pediu para o pai não entrar, porque queria confessar ao dentista que fumava

cigarros escondido da família, no ambiente escolar junto com seus amigos e que seus dentes estavam bem amarelos”.

3.2 O tabagismo e a prevenção integrada de doenças crônicas bucais e respiratórias

Considerando a atenção básica um local de promoção de saúde e de integralidade, observamos no depoimento de Carlos a oportunidade de o cirurgião-dentista exercer habilidades e atitudes dentro da equipe multiprofissional que atende o usuário com DCRs, assumindo o papel de ser um profissional ativo na prevenção dos fatores de risco em comum das doenças sistêmicas e bucais (BRASIL, 2015).

O tabagismo é o fator de risco mais relevante para o desenvolvimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, além de predispor outras infecções respiratórias, como pneumonia, asma, rinossinusite e tuberculose, e ser o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de boca. Sobre os agravos respiratórios, os fumantes são mais susceptíveis à evolução grave e prolongada dessas infecções, principalmente os idosos. A cessação do tabagismo reduz significativamente o risco do declínio da função pulmonar, independente do estágio da doença. O fumante passivo também está propenso às DRCs, portanto esses indivíduos precisam ser incluídos neste grupo de risco (BRASIL, 2015).

Cada tabagista possui a sua história. Reconhecer essa individualidade em cada contexto, é essencial para o sucesso da cessação do hábito. Alguns podem nem ter como prioridade a vontade de parar o hábito neste momento, outros se mostrarão incentivados a partir do conhecimento dos malefícios do tabaco, outros a partir do adoecimento de um ente próximo e outros a partir do seu próprio adoecimento (BRASIL, 2015).

Desse modo, os profissionais da APS assumem o papel de ofertar um cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, fortalecendo o vínculo, aumentando, assim, a efetividade do tratamento de cessação do tabagismo (BRASIL, 2015).

O Caderno de Atenção Básica n.º 25 recomenda: “uma abordagem básica a todo fumante pode ser realizada por qualquer profissional de saúde da equipe e deve ser repetida a cada encontro, qualquer que

seja o motivo da consulta. Se todo profissional usar de três a cinco minutos de cada consulta para dar dicas de como suportar os primeiros dias sem cigarros, ele pode aumentar significativamente o número de ex-fumantes (BRASIL, 2010).

Conheça as atitudes e posturas dos profissionais de saúde neste enfrentamento da cessação do tabagismo (BRASIL, 2015):

a) Acolhimento e empatia – Importante entender que a relação do usuário com o tabagismo, muitas vezes, é permeada por um sentimento de ambivalência, por meio do qual ele pode estar consciente dos malefícios do hábito e da importância do tratamento, mas pese intimamente a dimensão “positiva” (“o cigarro me ajuda a ficar mais calmo”, por exemplo) ou prazerosa de fumar.

b) Estimular a mudança de atitude para o alcance da abstinência.

c) Informar ao usuário sobre o que é a dependência química, os seus malefícios, quais sintomas ele poderá experimentar ao parar de fumar, quais métodos para cessação estão disponíveis, qual o papel do medicamento e quais os tipos de medicamentos.

d) Estimular que o usuário defina uma data de parada (“dia D”) ou pense em estabelecê-la futuramente, podendo, para isso, reduzir gradualmente o número de cigarros diários ou estipular uma interrupção súbita, sendo esta uma escolha da pessoa, e enfatizando que se não conseguir na primeira tentativa, outras vezes poderão ser tentadas, até que ele obtenha êxito em sua meta.

e) Alertar o usuário sobre os riscos de recaída e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

f) Destacar que é importante que o usuário permaneça em acompanhamento até o final do tratamento, mesmo após ter parado de fumar.

g) Havendo recaída, o profissional não deve se sentir fracassado, e sim entender as dificuldades da manutenção da abstinência devido à síndrome de abstinência e, a partir daí, estimular o usuário a tentar novamente e aprender a identificar as situações de risco que culminaram com a recaída, lembrando que a grande maioria dos tabagistas alcançará a cessação definitiva com duas ou mais tentativas.

Ao atender esses pacientes, crie estratégias necessárias para aconselhar o cessamento do tabagismo (BRASIL, 2015):

- Pergunte;
- Avalie qual o grau de dependência;
- Prepare-se (paciente receptivo ou não);
- Acompanhe.

IMPORTANTE!

Você conhece o Dia Mundial Sem Tabaco?

O dia 31 de maio foi criado pela Organização Mundial de Saúde para alertar sobre as doenças e mortes evitáveis relacionadas ao tabagismo. No Brasil, o INCA (Instituto Nacional de Câncer) é o responsável pela elaboração de material técnico para divulgação em todo o país. O Conselho Federal de Odontologia aderiu a esta campanha estimulando os cirurgiões-dentistas a participarem destas ações. Leia mais em: <https://website.cfo.org.br/dia-mundial-sem-tabaco-cfo-reforca-alerta-sobre-males-do-tabagismo-a-saude-bucal/>

3.3 A importância de consultas sequenciais, integradas entre as equipes de saúde

A participação da equipe de Saúde Bucal integrada aos demais profissionais inseridos na Atenção Primária à Saúde cria oportunidades do atendimento integral e longitudinal para o bem-estar do usuário.

Vejamos esta experiência exitosa do Rio Grande do Sul (CARRER et al., 2019):

1- Um modelo de consultas sequenciais adaptadas para o atendimento a crianças com asma em um serviço na Atenção Primária à Saúde. Os agentes comunitários agendaram crianças com asma para um atendimento em um único turno com 4 profissionais da equipe: médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista. Foi verificado que a gran-

de maioria das crianças estava com o acompanhamento odontológico inadequado e com necessidade de tratamento.

2- Neste caso, a inserção do cirurgião-dentista na equipe proporcionou uma integração dos cuidados, por exemplo: farmacêutica orientando higiene bucal após o uso de medicamento, dentista reforçando a importância do uso de espaçadores na aplicação dos medicamentos inalatórios, discussão de casos ao final do dia pela equipe, caracterizando um trabalho transdisciplinar de sucesso.

Portanto, crie estratégias dentro da sua realidade de trabalho para que o usuário com DRCs receba atendimento integral e capacite outros profissionais da equipe multiprofissional a disseminar protocolos de prevenção para as doenças crônicas e da cavidade bucal.

PARA SABER MAIS!

Leia mais sobre esta experiência em: SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir / [Coord.] Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. [Org.] Dorival Pedrosa da Silva, Mariana Gabriel, Mariana Lopes Galante. – São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. 167p.: il. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAdo-Bucal-no-Brasil.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta Unidade, você aprendeu sobre a importância do acolhimento da pessoa com DRCs e, a partir desta estratégia de aproximação, a formar um vínculo, o que é essencial para o tratamento. Assim, a adesão ao tratamento multiprofissional se traduzirá em uma menor chance de complicações das DRCs. Com uma anamnese direcionada aos sinais e sintomas destas alterações, o cirurgião-dentista terá subsídios para a elaboração de um plano de tratamento eficaz. Estratégias e abordagens educativas, como visitas domiciliares e orientações preventivas de controle das doenças bucais e hábitos viciosos, resultarão em melhora na qualidade de vida destes pacientes, reduzindo as internações. A inserção da equipe de Saúde Bucal em programas de redução aos agravos desta doença contribui para o tratamento integral a estes pacientes.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J.; OLIVEIRA, E. P. S.; ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. A. Diretrizes para o estudo das condições nutricionais e agravos bucais dentro dos primeiros 1.000 dias de vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2018;72(3):496-502

AGOSTINI, B. A.; COLLARES, K. F; COSTA, F. C.; CORREA, M. B.; DEMARCO, F. F. The role of asthma in caries occurrence–meta-analysis and meta-regression, *Journal of Asthma*, 2019; 56:8, 841-852.

BORGES, K. C. A. V. et al. Terapêutica medicamentosa em pacientes portadores de asma. *RvAcBO*, 2018; 27(1):17-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25.)

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28p:il.(a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v.: Il.(b)

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS n.º 1.317, de 25 de novembro de 2013 – ASMA. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Saúde-Bucal-no-Brasil.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.a 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.b 184 p.: il. – (Série Técnica Navegador SUS, n. 9). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf\(b\)](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf(b))

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

BRASIL. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2018. 350 p: il.

BRUMANA, L.; ARROYO, A.; SCHWALBE, N. R.; LEHTIMAKI, S.; HIPGRAVE, D. B. Maternal and child health services and an integrated, life-cycle approach to the prevention of noncommunicable diseases. *BMJ global health*; 2017; vol. 2: e000295.

CARRER, F. C. A.; PUCCA JUNIOR, G. A.; ARAÚJO, M. E.; DA SILVA, D. P.; GABRIEL, M.; GALANTE, M. L. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019. 167p.: il. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Sa%C3%BAde-Bucal-no-Brasil.pdf>

CERON, Mariane. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. [S.l.]: UNA-SUS / UNIFESP, [2011?]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso em: 24 mar. 2022.

COSTA, F. S.; SILVEIRA, E. R.; PINTO, G. S.; NASCIMENTO, G. G.; THOMSON, W. M.; DEMARCO, F. F. Developmental defects of enamel and dental caries in the primary dentition: a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2017 May;60:1-7.

CRUZ, A. A.; CAMARGOS, P. A.; PEREIRA, M. U.; STELMACH, R. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) Brazil success case: overcoming barriers. *J Thorac Dis* 2018;10(1):534-38.

CUNHA, F. L. Interações medicamentosas de interesse em Odontologia Especial. In: MAREGA, T.; GONÇALVES, A. R.; ROMAGNOLO, F.U. *Odontologia Especial*. Cap 8, 28291. Quintessence, São Paulo, 2018.

FERREIRA, M. K. M.; FERREIRA, R. O.; CASTRO, M. M. L.; MAGNO, M. B.; ALMEIDA, A. P. C. P. S. C.; FAGUNDES, N. C. F.; MAIA, L. C.; LIMA, R. R. Is there an association between asthma and periodontal disease among adults? Systematic review and meta-analysis. *Life Sci.* 2019, Apr 15;223:74-87.

FERNANDES, A. S.; MESQUITA, P.; VINHAS, L. Hipomineralização incisivo-molar: uma revisão da literatura. *Rev Port Estomatol Md Dent Cir Maxilofac.* 2012;53(4) 258-62.

GUERGOLETTE, R. G. et al. Prevalência de defeitos do desenvolvimento do esmalte dentário em crianças e adolescentes com asma. *J Bras Pneumol.* 2009;35(4):295-300

GUPTA, A. et al. Periodontal diseases: a covert focus of inflammation in pulmonary diseases. *Indian Journal of Respiratory Care*; 2019; 8 (1); January-June.

HARRINGTON, N., PRADO, N. & BARRY, S. Dental treatment in children with asthma – a review. *Br Dent J*; 2016; 220, 299–302.

HENRIQUES FILHO, P. S. A. Investigação de distúrbio do sono deve ser considerada obrigatória e incluída no manejo de distúrbios do déficit de atenção/hiperatividade. Arq. NeuroPsiquiater. 2016, vol.74, n.9, pp.701-707.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tabaco e saúde pulmonar: Dia Mundial Sem Tabaco: manual 2019. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-dia-mundial-semtabaco-2019.pdf>

KOVELIS, D. et al. Validation of the Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire and the Medical Research Council scale for use in Brazilian patients with chronic obstructive pulmonary disease. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 12, p. 1008-1018, 2008.

LEITE, E. L.; PINTO, S. C. S.; PILATTI, G. L. Relação bidirecional entre doença periodontal e doença pulmonar obstrutiva crônica: revisão de literatura. Periodontia; 2016;26(3):29-35.

LIMA, L. R. S. et al. Pre term birth and asthma is associated with hypomineralized second primary molars in pre schoolers: a population based study. Int J Paediatr Dent. 2019;00:1-9.

LIMA, S. M. F.; PIRES, T. L.; PIMENTEL, V. C. G.; AZEVEDO, T. D. P. L. Defeitos de desenvolvimento de esmalte em primeiros molares permanentes: relato de caso e análise morfológica. Oral Sci., Jul/Dez. 2014, vol. 6, n. 2, p. 4-9.

LI, Y. et al. Associations among Bruxism, Gastroesophageal Reflux Disease, and Tooth Wear. J Clin Med. 2018 Nov 6;7(11).

LULA, E. C.; RIBEIRO, C. C.; HUGO, F. N.; ALVES, C. M.; SILVA, A. A. Added sugars and periodontal disease in young adults: an analysis of NHANES III data. Am J Clin Nutr. 2014 Oct;100(4):1182-7.

MASTORA, A.; VADIAKAS, G.; AGOUROPOULOS, A.; GARTAGANI-PANAGIOTOPOULOU, P.; GEMOU ENGESAETH, V. Developmental defects of enamel in first permanent molars associated with use of asthma drugs in preschool aged children: a retrospective case-control study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2017 Apr;18 (2):105-111.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011b, Seção 1.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS n.º 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdtdoenca-pulmonar-obscronica-livro-2013.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORASCHINI, V.; CALASANS-MAIA, J. A.; CALASANS-MAIA, M. D. Association between asthma and periodontal disease: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol*. 2018 Apr;89(4):440-455.

NASCIMENTO, J. X. P. T.; RIBEIRO, C. C. C.; BATISTA, R. F. L. et al. The First 1000 Days of Life Factors Associated with Childhood Asthma Symptoms: Brisa Cohort, Brazil. *Sci Rep*, 2017,7, 16028.

NYVAD, B.; MACHIULSKIENE, V.; BAELUM, V. Reliability of a new caries diagnostic system differentiating between active and inactive caries lesions. *Caries Res.* 1999 Jul-Aug;33 (4):25260.

NYVAD, B.; BAELUM, V. NYVAD Criteria for Caries Lesion Activity and Severity Assessment: a Validated Approach for Clinical Management and Research. *Caries Res.* 2018; 52:397–405.

OWEN, M.; GHANIM, A.; ELSBY, D.; MANTON, D. Hypomineralised second primary molars: prevalence, defect characteristics and relationship with dental caries in Melbourne preschool children. *Aust Dent J.* 2018; 63:72 80.

PADILHA, L. L. et al., Pathways in the association between sugar sweetened beverages and child asthma traits in the 2nd year of life: findings from the BRISA Cohort. *Pediatric Allergy and Immunology.* 2020; Mar;11. doi: 10.1111/pai.13243.

PARANHOS, L. R.; CRUVINEL, M. O. B. Respiração bucal: alternativas técnicas em ortodontia e ortopedia facial no auxílio do tratamento. *J Bras Ortodon Ortop Facial.* v.8; n.45; p253 59;maio/jun.2003.

PASSOS, I. A.; DA COSTA, J. D. M. C.; MELO, J. M.; FORTE, F. D. S.; SAMPAIO, F. C. Defeitos do esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial. Enamel defects: etiology, clinical characteristics and differential diagnosis. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2007; 25(2):187-92.

PEREIRA, J. C. B. Pneumopatias e doença de refluxo gastroesofágico. *Rev Port Pneumol,* 2009; v.15 n.5;out.

PICCIANI, B. L. S.; DICK, T. N. A.; CURTY, A. A.; MORANDI, J. L. J. B. In: Diretrizes para atendimento odontológico de pacientes sistemicamente comprometidos. Cap 9,123-29, Quintessence, 2019, São Paulo.

PITTS, N.; BAEZ, R.; DIAZ-GUALLORY, C. et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019; 29:384-386.

SHEIHAM, A.; JAMES, W. P. T. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. *Journal of Dental Research*. 2015, Vol. 94(10) 1341–1347.

SHAO, J. Exposure to air pollution during the first 1000 days of life and subsequent health service and medication usage in children. *Environ Pollut*. 2020 Jan; 256:113340.

SILVA, N. F. Associação entre variáveis psicológicas e asma: uma revisão de literatura. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 2012; v. 18, n. 2, p. 293-315.

SILVA, I. J. O. et al. Hipossalivação - etiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Baiana de Odontologia*. 7(2):140-146, Jun, 2016.

SIMÕES, R. J.; FONSECA, P.; FIGUEIRA, M. H. Infecções por *Candida* spp na Cavidade Oral. *Odontol. Clín. Cient., Recife*; 2013;12 (1) 19-22, jan./mar.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento. *J Bras. Pneumol*. 2004;30(5) S1-S5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA et al. Tabagismo: parte I. *Rev. Assoc. Med. Chem. Bras*. 2010; v. 56, n. 2, p. 134.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma. *J Bras. Pneumol*. 2012;38(1)S1-S46.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. Princípios e práticas de Medicina Oral. Guanabara Koogan. 2ª edição, Rio de Janeiro, 1996.

THORNLEY, S.; STEWART, A.; MARSHALL, R. et al. Per capita sugar consumption is associated with severe childhood asthma: an ecological study of 53 countries. *Prim Care Respir*, 2011, J 20, 75–78.

THOMAS, M. S.; PAROLIA, A.; KUNDABALA, M.; VIKRAM, M. Asthma and oral health: a review. *Australian Dental Journal*. 2010; 55: 128–133.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016.

WEDDELL, J. A.; SANDERS, B. J.; JONES, J. E. Problemas odontológicos em crianças com necessidades especiais. In: MCDONALD AND AVERY. *Odontopediatria para crianças e adolescentes*. Cap. 23, 456-82. Elsevier, Rio de Janeiro, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global surveillance, prevention and control of Chronic Respiratory Diseases: a comprehensive approach. 2007. Disponível em: https://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1 &isAllowed=y

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2016;388:1459- 544.

