

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

KAIO HEIDE SAMPAIO NÓBREGA¹; ANNA PAULA DA ROSA POSSEBON²;
SAMILLE BIASI MIRANDA³; LAURA LOURENÇO MOREL⁴;
FERNANDA FAOT⁵; LUCIANA DE REZENDE PINTO⁶.

¹*Universidade Federal de Pelotas - kaio.heide@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - ap.possebon@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas - samillebiasi@hotmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas - lauramorel1997@gmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas - fernanda.faot@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas - lucianaderezende@yahoo.com.br*

1. INTRODUÇÃO

No começo do século XX os maiores gastos com saúde eram em doenças parasitárias e infecciosas que acometiam crianças. Com o advento da modernidade, mudança no estilo de vida e padrão alimentar, ocorreu o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, que estão intimamente ligadas ao envelhecimento populacional (MONTENEGRO, 2013). As doenças cardiovasculares são a maior causa de morte em idosos mais jovens (60 a 69 anos, com 30%), seguida das neoplasias (22%) e doenças pulmonares (12,8%) (OLIVEIRA, 2015). Atualmente, observa-se, a necessidade de se proporcionar maior qualidade de vida a população que está envelhecendo, com enfoque nos aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2018). A partir desse contexto, o estado de saúde bucal dos idosos tem adquirido maior importância para promoção e manutenção da saúde. O papel da odontologia no tratamento dessa população é o de manter os pacientes em condições de saúde bucal, que não comprometam suas atividades básicas de vida diária, e que não tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico-espiritual (ROSA, 2008).

. A Odontogeriatría é a especialidade odontológica, reconhecida em 2002, que tem enfoque no estudo dos fenômenos decorrentes do envelhecimento e suas repercussões no aparelho estomatognático e do corpo em geral, bem como a promoção, tratamento e prevenção das doenças da boca (CROSP, 2018).

Nos estados do sul do Brasil, apenas 14 das 36 Instituições de Ensino Superior apresentam a Odontogeriatría no seu projeto político-pedagógico (OGAWA, 2015). É válido destacar que o sul brasileiro possui a segunda maior concentração de cursos de odontologia do país (PARANHOS, 2009) e o estado do Rio Grande do Sul, maior população de indivíduos com mais de 60 anos do país (18,6%), empatado com o Rio de Janeiro, respectivamente. (IBGE, 2018).

No curso de odontologia da Universidade Federal de Pelotas, a lacuna de ensino é semelhante, não existindo uma disciplina voltada exclusivamente ao paciente idoso. A partir dessa premissa, foi criado o projeto de ensino Reaprendendo a Sorrir, com proposta de estudo sobre temas de gerontologia e odontogeriatria.

O projeto ocorre quinzenalmente com reuniões de 2 horas, para discussão de tópicos sobre odontogeriatria e saúde do idoso, previamente selecionados. Durante uma das reuniões com o tema de gerenciamento de patologias crônicas em idosos, foi levantado um questionamento sobre cuidado odontológico ao paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e sobre a escassez de

achados na literatura sobre o atendimento desses pacientes. Portanto, o objetivo desse trabalho é relatar uma experiência de ensino do Projeto Reaprendendo a Sorrir, através de uma revisão de literatura de forma sistematizada sobre como deve ser o manejo odontológico ao paciente acometido pela DPOC.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de forma sistemática com base nos critérios do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA (MOHER, 2009). A estratégia de busca contou com a seleção de artigos por dois revisores independentes em três bases de dados: *PubMed* (Medline), *Scopus* (Elsevier) e *Web of Science* (Clarivate Analytics). Os descritores Mesh e operadores booleanos empregados foram: #Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND #Dental Care OR #Oral Health OR #Mouth Abnormalities. Os artigos foram importados ao *Endnote X7.4 software* (Thompson Reuters, New York, NY, USA) para a remoção de duplicatas. Os critérios de elegibilidade de inclusão foram: estudos que correlacionassem a DPOC com o manejo odontológico, estudos em humanos, sem restrição de idioma e de ano. O critério de exclusão adotado foi de artigos que não estivessem disponíveis para leitura completa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou ao total de 133 artigos encontrados (40 – Pubmed/ Web of Science – 26/ Scopus – 67). Desses, 38 foram excluídos por estarem duplicados e 91 excluídos após a leitura de título e resumo por não estarem adequados aos critérios de elegibilidade. Ao final, 4 artigos foram incluídos na revisão por perfazerem os critérios estabelecidos.

A DPOC é caracterizada por obstrução crônica e progressiva do fluxo aéreo, associada a uma resposta inflamatória anômala das vias aéreas e do parênquima pulmonar à inalação de gases ou partículas tóxicas. Sua classificação é dividida em quatro estágios de acordo com a severidade e grau de descompensação da doença (GOLD, 2011). O principal fator etiológico é o tabagismo. A tosse é o sintoma mais encontrado e pode estar associado ou não a dispneia, essa associada a incapacidade, redução na qualidade de vida e pior prognóstico (MONTENEGRO, 2013). No Brasil a DPOC é a terceira causa de morte entre as doenças crônicas não transmissíveis, com prevalência de 12% da população adulta acima de 40 anos (BRASIL, 2013).

De acordo com BECKER (2009), pacientes com quadros moderados a severos devem ter o atendimento odontológico preferencialmente em turnos no final da manhã. Consultas marcadas a tarde podem ocasionar desconforto devido a fadiga, à medida que o dia avança, e as no início da manhã podem ser problemáticas devido a tosse e às tentativas de expectoração de muco acumulado durante a noite anterior.

Em relação ao risco de atendimento, pacientes com DPOC de moderada a severa que procuram atendimento odontológico devem realizar uma avaliação de risco que identifique a variação da doença, sua gravidade, e documentação concomitante do sucesso ou a conformidade do tratamento médico do paciente. Além disso, outras condições médicas, que podem afetar a doença devem ser identificadas e avaliadas (DAY, 2000).

Deve ser oferecido aos pacientes um ambiente profissional e reconfortante com tratamentos dentários curtos, de pouco tempo de cadeira, sobretudo quando

esse ocorre na posição supina e consideração da utilização do dique de borracha (DAY, 2000). Segundo LOZANO et al (2011) a posição aconselhável de tratamento para esses pacientes é com a cadeira mais verticalizada possível, o dique deve ser usado para evitar aspiração de partículas, contudo as vias nasais devem sempre ficar desobstruídas. Em relação aos materiais dentários, deve-se tomar cuidado aos que têm pó em sua composição, por exemplo, alginato e pó das luvas de látex, pois podem ocasionar no agravamento da obstrução das vias aéreas do paciente se o pó for inalado (HUPP, 2006).

A redução do estresse e a prevenção de quaisquer procedimentos que possam exacerba a função respiratória do paciente são essenciais no tratamento da DPOC moderada ou grave (DAY, 2000). A ansiedade pode desencadear um ataque de asma e pode exacerbar a bronquite crônica, aumentando a contração da musculatura lisa (HUPP, 2006). Se necessário, a sedação pode ser considerada, mas sedativos potentes como os barbitúricos são contraindicados pela possibilidade de depressão do impulso respiratório. A administração de oxigênio suplementar de baixo fluxo via cânula nasal (taxas de 2 a 4 L / minuto) é apropriada mesmo em pacientes com doença grave (DAY, 2000).

Durante o tratamento dentário o uso de medicamentos anticolinérgicos ou anti-histamínicos deve ser evitado, pois podem alterar a secreção traqueobrônquica, promovendo uma infecção respiratória aguda ou estimulando a inflamação ou irritação das vias aéreas, comprometendo o fluxo aéreo. Em casos de infecção odontogênica ou profilaxia, onde a antibioticoterapia é indicada, os pacientes que tomam teofilina não devem receber macrolídeos, ciprofloxina ou clindamicina, para evitar intoxicação por metilxantina (DAY 2000). Ataques de asma após o uso de aspirina ou outros antiinflamatórios não-esteróides podem ocorrer, por isso, os analgésicos de escolha são acetaminofeno e propoxifeno. Medicamentos relacionados à codeína (por exemplo, oxicodona e hidrocodona) e os compostos que os contêm, podem agravar o broncoespasmo (HUPP, 2006).

Tem-se sugerido na literatura uma relação entre a má higiene bucal e a progressão da DPOC, em virtude da aspiração de patógenos orais, aumentando o processo de inflamação e infecção no aparelho respiratório, exacerbando o quadro da doença (MANGER, 2017).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que, a partir do estabelecimento da magnitude e severidade da DPOC, é necessário realizar o tratamento odontológico mediante cuidados mais específicos, principalmente para evitar que infecções orais agravem a doença. Destaca-se ainda a importância do Cirurgião Dentista, como profissional de saúde, em estar alerta para os pacientes com sintomas não tratados ou não diagnosticados de DPOC para encaminhamento médico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría: uma visão gerontológica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1.v.

OLIVEIRA, T.C.; et al. 2015. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro. v.18, n.1, p.85-94, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of WHO: principles.** Acessado em 23 ago. 2018. Online. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>.

ROSA, L.B; et al. Odontogeriatría – a saúde bucal na terceira idade. RFO. Maio-agosto, v.13. n.2, p.82-86, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO (CROSP). **Odontogeriatría.** Acessado em 23 ago. 2018. Online. Disponível em: http://www.crosp.org.br/camara_tecnica/apresentacao/12.html.

PARANHOS LP, RICCI ID, SCANAVINI MA, BÉRZIN F, RAMOS AL. Análise do mercado de trabalho odontológico na região Sul do Brasil. **RFO.** v.14, n.1, p.7-13, 2009.

MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **BMJ.** v.21 n.339, p.2535, 2009.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE – GOLD. **Bethesda: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung.** [Adobe Acrobat document, 90p.]. Acessado em 23 ago. 2018. Online. Disponível em: www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Brasilia. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022.** Acessado em 23 ago. 2018. Online. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=3187

BECKER, Daniel E. Preoperative Medical Evaluation: Part 2: Pulmonary, Endocrine, Renal, and Miscellaneous Considerations. **Anesth Prog.** v.56, p.135-145, 2009.

DAY, M B. Managing the patient with severe respiratory problems. Journal Article. United States. **J Calif Dent Assoc.** Aug, v.28, n.8, p.585-9, 591-3, 595-8, 2000.

HUPP, W.S. Dental Management of Patients with Obstructive Pulmonary Diseases. **Dent Clin N Am.** v.50, p.513–527, 2006.

LOZANO, A. C, et al. Dental management and respiratory disorders. **J Clin Exp Dent.** v.3, n.3, p.222-7, 2011.

MANGER, D. Evidence summary: the relationship between oral health and pulmonary disease. **British dental journal.** April. v. 222, n.7, 2017.