



Artigo Original

CONDUTA ODONTOLÓGICA NO ATENDIMENTO A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

DENTAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Resumo

Sérgio Donha Yarid¹
Cléa Adas Saliba Garbin¹
Artênio José Ísper Garbin¹
Kléryson Martins S. Francisco¹
Doris Hissako Sumida¹

O Cirurgião Dentista deve estar preparado para oferecer um tratamento de qualidade para vários tipos de pacientes. Ao realizar o tratamento do paciente portador de Diabetes Mellitus (DM), algumas precauções são necessárias. O DM é uma doença crônica, caracterizada por hiperglicemia, e classificada em dois tipos principais, tipo I e tipo II. O presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura na busca de atualizar o conhecimento a respeito do diagnóstico e do atendimento odontológico do paciente portador de Diabetes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Manifestações bucais; Assistência odontológica.

¹Universidade Estadual Paulista-
(UNESP)
Araçatuba – SP - Brasil

E-mail
syarid@hotmail.com

Abstract

The dentist should be prepared to offer high quality treatment for various types of patients. To perform the treatment of patients with Diabetes Mellitus (DM), some precautions are necessary. DM is a chronic disease characterized by hyperglycemia, and classified into two main types, type I and type II. This paper aims to review the literature in search of updating the knowledge about diagnosis and dental treatment of patients with Diabetes.

Key words: Diabetes Mellitus; Bucal manifestations; Dental care.

Introdução

Pacientes especiais ou portadores de necessidades especiais são indivíduos que apresentam desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica e/ou de sociabilização. Essa condição pode ser de caráter transitório, como a gravidez, ou permanente, como o Diabetes Mellitus (DM)¹.

Caracterizado por hiperglicemia crônica, com distúrbio do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, o DM é conceituado como uma síndrome

de etiologia múltipla, decorrente da ausência de insulina parcial ou total e/ou da incapacidade deste hormônio de exercer adequadamente seus efeitos².

Atualmente, o DM é classificado em dois tipos principais, denominados tipo 1 (DM1), que apresenta dois picos de incidência que ocorrem entre 5-7 anos de idade e na puberdade, acometendo de 5 a 10% dos pacientes com DM, sem predileção por gênero³; e o tipo 2 (DM2) que é a forma mais comum da doença, responsável por 90-95% dos casos, acometendo principalmente indivíduos com mais de 40 anos^{4,5}. Outras formas menos comuns são o Diabetes gestacional, Diabetes associados a medicamentos, doenças do pâncreas, infecções e síndromes genéticas⁶.

A tríade sintomática - polidipsia, a polifagia e a poliúria - são os principais sintomas do DM, resultado da deficiência da insulina^{7,2}.

Seiffert, em 1862, descreveu as alterações patológicas na cavidade bucal associadas ao DM⁸, podendo incluir gengivite, doença periodontal, disfunção da glândula salivar (xerostomia), suscetibilidade para infecções bucais, síndrome de ardência bucal e alteração do paladar⁹.

O Cirurgião-Dentista (CD) deve atentar para o fato de que até um terço das pessoas acometidas pelo DM ainda não foram diagnosticadas, e estima-se que 3 a 4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico são portadores de Diabetes; sendo que destes, uma parte significativa desconhece ter a doença. Desta forma os Cirurgiões-Dentistas devem estar alertas para os sinais e sintomas do DM em seus pacientes e preparados para realizarem o atendimento^{8,10}.

Assim, o presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura na busca de atualizar o conhecimento a respeito do diagnóstico e do atendimento odontológico do paciente portador de Diabetes.

Metodologia

Foi realizada uma busca de artigos publicados nos últimos 10 anos (2000 – 2010). A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE, Biblioteca Virtual de Saúde e Web of Sciences. Para a busca, usamos as seguintes palavras-chaves: 1. diabetes mellitus; 2. odontologia; 3. saúde bucal, (diabetes mellitus AND odontologia; diabetes mellitus AND saúde bucal) e as respectivas palavras na língua inglesa.

Inicialmente foram selecionados os artigos que apresentavam estudos realizados com seres humanos que tratassem da classificação, do diagnóstico do diabetes mellitus e do tratamento odontológico do portador da patologia. Em seguida, após a exclusão dos artigos repetidos, foi feita a leitura dos textos completos destes artigos pelos autores, que analisaram a pertinência com o assunto do presente estudo e realizaram a seleção final.

Classificação e diagnóstico do Dm

Segundo a American Diabetes Association, atualmente o DM é classificado em dois tipos principais, denominados DM1, associado à absoluta

deficiência de insulina pancreática, e o DM2, onde há distúrbios na ação e secreção de insulina. Outras formas menos comuns são o Diabetes gestacional, Diabetes associados a medicamentos (corticóides), doenças do pâncreas (fibrose cística), infecções (rubéola congênita) e síndromes genéticas¹¹.

O DM possui manifestações clássicas que se caracterizam por poliúria (aumento do volume urinário, devido à diurese osmótica, causada pelo excesso de glicose ao longo dos túbulos renais), polidipsia (aumento da sede para compensar a perda de água pela urina), polifagia (aumento da fome, para compensar o estado catabólico resultante da deficiência de insulina) e perda de peso. Menos frequentemente, alguns pacientes são diagnosticados em cetoacidose diabética¹².

Para o profissional diagnosticar o DM, além de precisar saber a sintomatologia característica desta doença, deve também ter o conhecimento de que a concentração plasmática normal de glicose situa-se entre 70 e 99 mg/dL; e níveis superiores indicam graus variados de tolerância à glicose (pré-Diabetes) ou Diabetes¹¹. O método comumente utilizado para diagnosticar o Diabetes é o exame de glicemia em jejum. O indivíduo é considerado não-diabético quando a glicemia em jejum estiver menor que 100 mg/dL, se o valor é entre: 100 e 125 mg/dL, significa que tem intolerância à glicose (pré-Diabetes) e um grande potencial de se tornar diabético no futuro. Para confirmar o diagnóstico de DM é indicado que se realize o Teste Bucal de Tolerância à Glicose (TOTG). Neste teste, a coleta de sangue é realizada 2h após a ingestão de 75g de glicose, e o indivíduo é considerado normal quando sua glicemia, após este período, for inferior a 140. Se o TOTG der um valor entre: 140 e menor que 200 mg/dL, este paciente encontra-se em estado pré-diabético; quando o valor é igual ou maior que 200 mg/dL está confirmado o diagnóstico de Diabetes Mellitus^{13,14}. Por outro lado, o exame laboratorial de escolha principal para o diagnóstico do Diabetes é o teste de hemoglobina glicada^{13,15},

Quadro 1 – Critério para o diagnóstico do Diabetes.

Categoria		Glicemia (MG/dL)		
		Jejum	Ao acaso	2h (TTOG)
Glicemia normal		≤ 99	--	< 140
Pré-Diabetes	Glicemia de jejum alterada	100 – 125	--	--
	Intolerância a glicose	--	--	≥ 140 e < 200
Diabetes tipo 1 ou 2		≥ 126	≥ 200	≥ 200
Diabetes gestacional		≥ 110	≥ 200	≥ 140

Notas – Glicemia de jejum: ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.
 - Glicemia ao acaso: realizada em qualquer hora do dia sem levar em consideração o tempo desde a última refeição. O diagnóstico deve ser confirmado medindo a glicemia em jejum 2h após o TTOG.

- TTOG (Teste de Tolerância Bucal a Glicose): é a medida da glicemia basal 2h horas após a ingestão de 1,75 g/Kg de glicose (max. 75g).
- Um resultado positivo em qualquer dos testes acima deverá ser confirmado nos dias subseqüentes medindo a glicemia em jejum ou 2h após o TTOG

Manifestações Bucais

Os portadores de DM podem apresentar gengivite, doença periodontal, disfunção da glândula salivar (xerostomia), suscetibilidade para infecções bucais, síndrome de ardência bucal e alteração do paladar^{16,17}.

Os distúrbios periodontais são os mais freqüentes em paciente com DM devido à resistência reduzida à infecção, que uma vez instalada, torna-se mais grave neste tipo de enfermo^{18,19}. O risco de doença periodontal é aproximadamente três vezes maior nos portadores de DM2. No portador de DM1, que não mantém um rigoroso controle glicêmico, a doença periodontal é mais extensa e severa²⁰.

A xerostomia, acomete entre 40 a 60% dos portadores de DM, apresentando como conseqüências mais comuns secura, atrofia e feridas na mucosa bucal, mucosites, úlceras e descamações, assim como infecções bacterianas oportunistas e fúngicas, inflamação e a despilação da língua. Esta disfunção da glândula salivar ocasiona dificuldades de mastigação, de ingestão alimentar e alteração no paladar que podem contribuir para o prejuízo nutricional²¹.

A Síndrome da Ardência Bucal envolve dor ou sensação de ardência que podem ser intensas. Normalmente não se identificam lesões. A causa da síndrome de ardência bucal não é clara, mas pode estar relacionada à disfunção da glândula salivar, candidíase, ou alterações neurológicas como depressão²².

O portador de DM pode apresentar alteração da microbiota bucal com tendência à candidíase bucal e queilite angular. Com menos freqüência, há a ocorrência de tumefação da glândula parótida, abscessos recorrentes, hipoplasias e hipocalcificação dentária^{2,23,24}.

Conduta

O DM é uma doença sistêmica que tem influência em todo o organismo, inclusive na cavidade bucal. Diante disso, cabe ao Cirurgião Dentista conhecer melhor essa patologia e suas manifestações bucais¹², tendo um papel fundamental na identificação de DM em pacientes que apresentam os sinais desta doença, pois freqüentemente são os primeiros profissionais a identificar e atribuir pacientes como diabéticos ou pré-diabéticos²⁵. Pacientes que apresentam história positiva devem ser encaminhados a um laboratório de análise clínica ou ao médico, para uma avaliação adicional, antes de ser iniciado o tratamento odontológico²¹.

O diagnóstico, tratamento e controle dos pacientes portadores de DM requerem um conhecimento detalhado do processo da patologia. Contudo, nota-se a falta de informação dos profissionais quanto à forma mais adequada de lidar com este tipo de paciente. Diante disso, ao investigar a história clínica do paciente, o Cirurgião Dentista deve incluir perguntas que remetam para a

tríade sintomática do DM, assim como para a perda de peso e os níveis recentes de glicose⁷.

O paciente que sabe ser portador de Diabetes deve informar: a classificação (tipo); a terapia que está sendo utilizada; o nível de controle metabólico e a presença de complicações secundárias da doença. O mesmo deve ser questionado especificamente sobre a duração da doença, a ocorrência de hipoglicemias, a história de hospitalizações e modificações no regime terapêutico²⁶.

As dosagens e o tempo de administração da medicação devem ser determinados, pois uma variedade de medicações pode alterar o controle de glicemia, pela interferência na ação da insulina ou no metabolismo dos carboidratos. A ação hipoglicemiante das sulfoniurêias pode ser potencializada pelas drogas de alto teor de proteínas como os salicilatos, dicumerol, bloquedados β -adrenérgicos, inibidores de monoamina oxidase, sulfonamidas e inibidores da enzima convertora da angiotensina. A epinefrina, os corticosteróides, os tiazídicos, os contraceptivos bucais e os bloqueadores dos canais de cálcio podem causar hiperglicemia²¹.

As consultas de pacientes portadores de DM devem ser curtas e no início da manhã, uma vez que os níveis endógenos de corticosteróides neste período são geralmente altos, portanto os procedimentos estressantes podem ser mais bem tolerados. No caso de uma consulta demorada, especialmente se esta se prolongar pelo tempo da refeição normal, deve-se interromper o atendimento para uma refeição rápida. Ressalta-se que o paciente deve manter a sua dieta e terapêutica normais antes da consulta^{7,27}.

O uso de antibióticos para pacientes com bom controle glicêmico é semelhante ao de não-diabéticos, ou seja, só deve ser realizada quando existirem sinais e sintomas sistêmicos de infecção²⁸. Nos pacientes com doença mal controlada, mesmo na ausência de sinais e infecção, preconiza-se profilaxia antibiótica nos procedimentos que geram bacteremia importante²⁹ (Quadro 2).

O uso profilático de antibióticos no pré e no pós-operatório deve ser considerado para diminuir os riscos de infecção³⁰. Além disso, a pressão arterial deve ser monitorada, visto que pacientes diabéticos possuem um maior risco de desenvolverem hipertensão³¹.

Na prescrição curativa podem ser usados: penicilinas (amoxicilina, ampicilina), cefalosporinas (cefalexina) ou macrolídeos (azitromicina, claritromicina)²⁸. Não devem ser prescritos antibióticos sob a forma de suspensão bucal que contém glicose na sua composição, pois podem agravar a hiperglicemia¹².

Os antibióticos, analgésicos ou antiinflamatórios de escolha são os metabolizados pelo fígado. Os antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) devem ser usados com cautela, porque podem promover retenção de sódio e água e provocar sangramento gástrico³².

O Cirurgião-Dentista deverá também medir a concentração plasmática de glicose do paciente, não executando nenhum procedimento se os níveis forem inferiores a 70 mg/dL²⁷. No caso de um choque glicêmico no consultório, situação em que a glicemia no sangue cai abaixo de 45 mg/dL³³, o profissional

deverá reconhecer os sintomas e agir o quanto antes. Estes sintomas podem ser:

- Adrenérgicos (semelhantes aos causados por sustos, medo ou raiva): desmaio, fraqueza, palidez, nervosismo, suor frio, irritabilidade, fome, palpitações, ansiedade e sialorréia. A respiração é normal, mas o pulso é cheio, a pressão sanguínea é normal;

- Neuroglicopênicos (conseqüentes da deficiência no aporte de glicose ao cérebro): visão turva, diplopia, sonolência, dor de cabeça, perda de concentração, paralisia, distúrbios da memória, confusão mental, incoordenação motora, disfunção sensorial, podendo também chegar à manifestação de convulsões e estados de coma.³⁴

Quadro 2 – Antibioticoterapia profilática para procedimentos dentários.

Situação	Antibiótico	Esquema
Regime padrão	Amoxicilina	Adultos: 2 gramas; crianças 50 mg/Kg, VO, 1 hora antes do procedimento
	Ampicilina	Adultos: 2 gramas; crianças 50 mg/Kg, IM ou EV, 30 minutos antes do procedimento
Alergia à Penicilina (VO é possível)	Azitromicina ou Claritromicina	Adultos: 500 mg; crianças 15 mg/Kg, VO, 1 hora antes do procedimento
	Cefalexina ou Cefadroxil	Adultos: 2 gramas; crianças 50 mg/Kg, VO, 1 hora antes do procedimento
	Clindamicina	Adultos: 600 mg; crianças 20mg/Kg, VO, 1 hora antes do procedimento
Alergia à Penicilina(VO é possível)	Cefazolina ou Cefalotina	Adultos: 1 gramas; crianças 25 mg/Kg, IM ou EV, 30 minutos antes do procedimento
	Clindamicina	Adultos: 600 mg; crianças 20mg/Kg, EV, 30 minutos antes do procedimento

Deve-se administrar uma bebida com alto teor de carboidratos, como um suco de laranja ou refrigerante, colocando o paciente sob observação até que todos os sinais e sintomas tenham desaparecidos. Se o estado de hipoglicemia continuar, o mesmo se tornará inconsciente, a menos que seja administrado solução de 50% de dextrose (50ml) via endovenosa ou glucagon (1mg intramuscular)^{21,34,35}.

Os pacientes hiperglicêmicos com glicemia superior a 400mg/dL podem apresentar sinais e sintomas característicos de cetoacidose metabólica, como a presença de hálito cetônico, náuseas, vômitos. Neste caso, podem ser administradas pequenas doses de insulina, e encaminhados para o médico^{2,21,34}.

Os diabéticos compensados podem ser considerados pacientes normais para tratamento odontológico. Porém, quando apresentarem concentração de glicose no sangue acima de 200mg, só podem sofrer intervenção cirúrgica com acompanhamento médico^{27,36}.

Em relação ao uso de anestésicos locais, a lidocaína não é a melhor escolha, por ser considerado um anestésico de curta duração. Os anestésicos

de longa duração também não são de melhor escolha, porque têm influência no miocárdio. Os anestésicos mais indicados são aqueles cujos componentes contenham prilocaína e felipressina²¹.

Quadro 3 - Tratamento das principais complicações bucais do Diabetes Mellitus.

Patologia Bucal	Tratamento
Xerostomia e hipossalivação	- Enxaguatórios bucais: Estimulantes da saliva (gomas de mascar sem açúcar); controle glicêmico: reduzir dose ou suspender uso de antidepressivos tricíclicos (causam, ressecamento da boca) em consulta com médico assistente
Síndrome da ardência bucal	- Tratamento da xerostomia e hipossalivação; controle glicêmico e nos casos severos: baixas doses de benzodiazepínicos ou antidepressivos tricíclicos prescritos pelo médico assistente.
Infecção recorrente pelo vírus <i>Herpes simples</i>	- Aciclovir (Zovirax®, creme 5%, comp. 200 e 400 mg). Uso: tópico (1 aplicação 5x/dia) ou bucal (< 2 anos = 100 mg e > 2 anos = 200 mg, 5x/dia) por 5 – 10 dias. Ajustar doses no paciente com insuficiência renal.
Infecção recorrente por <i>Candida albicans</i>	- Nistatina (Micostatin®, susp. Bucal 100.000 UI/mL). Uso: 100 a 400.000 UI, de 6/6 horas, colocando metade da dose em cada canto da boca, por 10 – 14 dias ou Miconazol (Daktrin®, gel bucal). Uso: 1 aplicação, 6/6 horas, por 10 – 14 dias, no tratamento da glossite ou estomatite. - Cetoconazol (Nizbucal®, Cetonax®, Condbucal®, comprimido 200 mg), Uso: até 20 Kg = 50 mg, 1 x/dia, por 10 dias; ou Fluconazol (Zoltec®, Unizol®, caps. 150 mg). Uso: 150 mg, 1 x/dia, por 10 dias; no tratamento da candidíase pseudomembranosa - Cetoconazol (Cetonax®, Nizbucal®, creme), Clotrimazol (Canesten®, creme). Uso: 1 aplicação, 3 x/dia, por 10 – 14 dias, no tratamento da queilite angular.
Doença Periodontal	Tratamento não cirúrgico (raspagem, alisamento radicular, controle de placa, higiene bucal, bochechos com clorexidina) sempre que possível. O uso de tetraciclina é contra-indicado em crianças > 8 anos.
Líquen plano erosivo	Corticóide tópico na menor dose possível, por, no máximo duas semanas.

A anestesia de bloqueio deve ser preferida, evitando-se o uso de soluções que contenham vasoconstrictor à base de adrenalina, pois esta promove a quebra de glicogênio em glicose, podendo determinar hiperglicemias^{2,37}.

Quadro 4 - “Guidelines” no atendimento dentário do paciente diabético (Adaptado de American Dental Association).

Considerações	
<p style="text-align: center;">Geral</p> <p>Assegurar e analisar o controle glicêmico do paciente (glicose < 200mg/dL)</p> <p style="text-align: center;">O paciente tem os níveis de glicose apropriados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Check-up” dentários a cada 3-4 meses • Antibioticoterapia se necessário • Motivação e instruções de higiene bucal: escovar os dentes, pelo menos, duas vezes por dia e uso de fita/fio dental
<p style="text-align: center;">Procedimentos não cirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento periodontal • Restaurações • Prótese fixa e prótese parcial removível • Ortodontia • Endodontia • Aplicação tópica de flúor • Impressões • Injeção de anestesia local • Radiografias intrabucais 	<p style="text-align: center;">Atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes diabéticos toleram melhor os tratamentos dentários pela manhã <p style="text-align: center;">Pausas durante os procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de sanitário • Refeição rápida
<p style="text-align: center;">Procedimentos cirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extrações • Cirurgia periodontal • Implantes 	<p style="text-align: center;">Atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes diabéticos toleram melhor os tratamentos dentários pela manhã <p style="text-align: center;">Pausas durante os procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de sanitário • Refeição rápida <p style="text-align: center;">Antibioticoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testar os níveis de glicose • Prescrever antibióticos para pacientes diabéticos não controlados que têm freqüentemente infecções ou cicatrização difícil <p style="text-align: center;">Inter-relação paciente/médico assistente</p> <ul style="list-style-type: none"> • No planejamento de uma cirurgia bucal, discutir com o paciente/médico assistente acerca do horário das refeições e dose de insulina

Em caso de dor, a mesma pode ser controlada com analgésicos simples (acetaminofeno, dipirona) e AINES (nimesulida, ibuprofeno, diclofenaco). Nos casos graves, usar preparações com codeína. Já as inflamações podem ser controladas com AINES, no entanto devem ser evitados pelo risco de hiperglicemia. O uso de clorexidina durante o tratamento odontológico é recomendado para controle da placa, manutenção de flora não patogênica e prevenção da doença periodontal³².

Quanto as principais patologias bucais que acometem os portadores de DM, o Quadro 3 apresenta as complicações e tratamentos.

Em relação aos procedimentos odontológicos em pacientes portadores de DM, as radiografias e moldagens podem ser realizadas sem restrição. Já as exodontias, raspagem e cirurgias periodontais, endodontias, apicectomias, injeções anestésicas locais intraligamentares e limpeza profilática com sangramento, deve-se avaliar uso de antibioticoterapia^{38,39}. É contra-indicada a realização de implantes osteointegrados, devido à alteração na síntese do colágeno³⁴.

Quadro 5 - grau de risco para realização de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos em pacientes portadores de DM.

Paciente	Condição	Procedimentos Não-Cirúrgicos	Procedimentos Cirúrgicos
Pequeno risco	Bom controle metabólico com regime médico estável; ausência de história de cetoacidose ou hipoglicemia; nenhuma complicação; glicosúria mínima (traços a 1+) e glicemia em jejum inferior a 200 mg/dl, taxa de hemoglobina glicosilada de 7%	Com precauções devidas	Acrescidos de sedação auxiliar e adequação da dose de insulina
Risco Moderado	Controle metabólico razoável com regime médico estável; ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia; poucas complicações; glicosúria entre 0 e 3+, sem cetonas; glicemia em jejum abaixo de 250 mg/dL, taxa de hemoglobina glicosilada entre 7 e 9%.	Com possível uso de sedação auxiliar	Cirurgias menores: ajuste da insulina e possibilidade de internação
Grande risco	Controle metabólico deficiente; sintomas freqüentes; problemas freqüentes com cetoacidose e hipoglicemia; múltiplas complicações; glicosúria significativa (4+) ou cetonúria; glicemia em jejum superior a 250 mg/dl, taxa de hemoglobina glicosilada acima de 9%	Tratamentos devem ser paliativos. Deve-se adiar o tratamento até as condições metabólicas se equilibrarem. Controle enérgico das infecções bucais.	

Pacientes bem controlados devem ser avaliados a cada 6 meses, e aqueles com descontrole metabólico, mais freqüentemente. Nas consultas odontológicas, eles devem ser informados quanto à técnica e à freqüência de escovação e do uso do fio dental, e receber profilaxia para cárie e periodontite com aplicação de flúor e remoção de placas e cálculo. A entrega de folhetos

explicativos com informações quanto à manutenção da saúde bucal e condições que o façam suspeitar de problemas dentários é útil para ajudar a fixar o conhecimento¹².

De acordo com a American Dental Association⁴⁰ pode-se definir algumas medidas no atendimento do paciente portador de DM (Quadro 4).

Segundo Sonis; Fazio; Fang²⁶, deve ser avaliado o grau de risco para realização de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos em pacientes portadores de DM.

Conclusão

Por meio do aumento do conhecimento do Cirurgião-Dentista sobre as alterações bucais do portador de DM, é possível o diagnóstico precoce da patologia, além da realização de procedimentos odontológicos adequados, evitando maiores complicações para o paciente durante o tratamento odontológico.

Referências Bibliográficas

1. Elias R. Pacientes especiais e seu atendimento na odontologia. J Bras Odontol Clin 1997;1:61-4.
2. Barcellos IF, Halfon VLC, Oliveira LF, Barcellos Filho I. Conduta odontológica em paciente diabético. Rev Bras Odontol 2000; 57: 407-10.
3. Manna, TD, Damiani D, Dichtchekian V, Setian N. Diabetes Mellitus na infância e adolescência. In: Setian N, organizador. Endocrinologia pediátrica. São Paulo: Editora Sarvier, 2004. p. 195-241.
4. Moore PA, Guggenheimer J, Etzes KR, Weyant RJ, Orchard T. Type 1 Diabetes Mellitus, xerostomia, and salivary flow rates. Bucal Surg Bucal Med Bucal Pathol Bucal Radiol Endod 2001; 92:281-91.
5. Antunes SF, Graça AM, Nurkin LN, Oliveira BR. Diabetes Mellitus e a doença periodontal. R Odonto Ciênc 2003; 18:107-11.
6. Leonardo MR, Leal JM. Endodontia: Tratamento dos canais radiculares. Rio de Janeiro: Editora Panamericana; 1998.
7. Lalla R, D'Ambrosio J. Dental Management Considerations for the Patient with Diabetes Mellitus. J Am Den Assoc 2001; 132:1425-32.
8. Carranza FA. Periodontia Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.
9. Nichols C, Laster LL, Bodak-Gyovai LZ. Diabetes Mellitus and periodontal disease. J Periodontol 1978; 49:85-8.
10. Guyton AC. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1997.
11. American Diabetes Association. Position statement: Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2002; 25:S5-20.
12. Alves C, Brandão M, Andion J, Menezes R, Carvalho F. Atendimento odontológico do paciente com Diabetes melito: recomendações para a prática clínica. Ci méd biol 2006; 5:97-110.

13. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes care*. 2005; 28:S4-36.
14. Fortes RP, Eduardo JVP, Neto ZB. Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus: Diretrizes de diagnóstico e controle. *PerioNews*. 2007; 1: 20-4.
15. Toledo B.E.C.; Rossa Jr C. Influências das condições sistêmicas sobre as doenças periodontais e das doenças periodontais sobre as condições sistêmicas. In: Tunes, U.R.; Rapp, G.E. *Atualização em Periodontia e Implantodontia*. São Paulo: Editora Artes médicas; 1999. p. 36.
16. Dent EdEvolves Global Congress in Dental Education Special Issue. *Eur J Dent Educ* 2002; S3: 6-23.
17. Hjorting-Hansen E. The future dental education process. *J Dent Educ* 1996; 60:778–82.
18. Shanley D. *Dental Education in Europe. The DentEd Thematic Network Project Report*. Budapest: KFT Publishers; 2001.
19. Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD. Profile and competences for the European dentist. *J Dent Educ*. 2005; 9: 98 – 107.
20. Shanley DB, Barna S, Gannon P, Kelly A, Teljeur C, Munck C, et al. Undergraduate training in the European Union; Convergence or divergence? *Eur J Dent Educ* 1997; 1:35– 43.
21. Aguiar DGA, Carvalho GB, Rodrigues MJ, Godoy-Bezerra J, Bandeira F. Atendimento Odontológico ao paciente diabético tipo 1. *Odontologia. Clín.-Científ.*, 2009; 8:13-9.
22. Levy SM, Kiritsy MC, Slager SL, Warren JJ. Patterns of dietary fluoride supplement use during infancy. *J Public Health Dent* 1998;58:228-33.
23. Leonardo MR, Leal JM. *Endodontia: Tratamento dos canais radiculares*. Rio de Janeiro: Editora Panamericana; 1998.
24. Tomita NE, Chinelato LEM, Pernambuco RA, Lauris JRP, Franco LJ. Condições periodontais e Diabetes Mellitus na população nipo-brasileira. *Rev Saúde Pub*. 2002; 36:607-13.
25. Stegeman CA. Bucal manifestations of Diabetes. *Home healthcare nurse*. 2005; 23: 233-40.
26. Sonis ST., Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina bucal*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1996.
27. Braga S, Braga D, Soares S. Diabetes Mellitus e Periodontite – um Caso de Saúde Bucal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2009; 50: 111-17.
28. Tófoli GR, Motta RHL, Ramacciato JC, Groppo FC, Andrade ED, Volpato MC, et al. Tratamento odontológico em pacientes com Diabetes Mellitus. *R Assoc Paul Cir Dent* 2005; 59: 306-10.
29. Dajani AS, Bisno AL, Chung DJ, Durack DT, Freed M, Gerber MA, et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendations by the American Heart Association. *J Am Dent Assoc* 1997; 277: 1794-1801.
30. Lauda PA, Silveira BL, Guimarães MB. Manejo odontológico do paciente diabético. *J Bras Odontol Clín* 1998; 2: 81-7.
31. Mattson JS, Cerutis DR. Diabetes Mellitus: a review of the literature and dental implications. *Comp Cont Educ Dent* 2001; 22: 757-73.
32. Sanches MH, Pestana JOM, Spolidorio LC, Denadrim OVP. Cuidados odontológicos em portadores de insuficiência renal crônica. *R Paul Odontol* 2004; 5:29-32.

33. Bensch L, Braem M, Acker KV, Willems G. Orthodontic treatment considerations in patients with Diabetes Mellitus. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2003;123:74-8.
34. Sousa RR, Castro RD, Monteiro CH, Silva SC, Nunes AB. O Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr.2003; 3:71-7.
35. Gregori C, Costa A A.,Campos AC. O paciente com Diabetes melito. RPG 1999; 6:166-74.
36. Batista AA, Motta Neto, J. Manifestações da diabete na cavidade bucal em pacientes portadores de próteses. J Bras Clin Estét Odontol 1999; 3: 70-2.
37. ROSA, E. L. S.; SOUZA, J. G.. Abscesso dentofacial agudo: em um paciente com Diabetes Mellitus. RGO 1996; 44: 95-6.
38. Orso VA.; Pagnoncelli RM.. O perfil do paciente diabético e o tratamento odontológico. R Odonto Ciênc 2002; 17:206-13.
39. Horliana ACRT, Perez FEG, Rocha RG, Loureiro CCS. Integração entre o Cirurgião-Dentista e o médico no atendimento dos diabéticos. R Assoc Paul Cir Dent 2005; 59: 367.
40. American Dental Association. Considerations for treating the Dental Patient with Diabetes. [citado 2010 jun 17] Disponível em <http://www.adafoundation.org>.

Endereço para correspondência

Caminho J, URBIS I, número 09
Jequiezinho
Jequié – Bahia – Brasil

Recebido em 20/07/2010

Aprovado em 20/07/2010