

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOENÇA FALCIFORME

SAÚDE BUCAL:
PREVENÇÃO E CUIDADO



Brasília – DF
2014



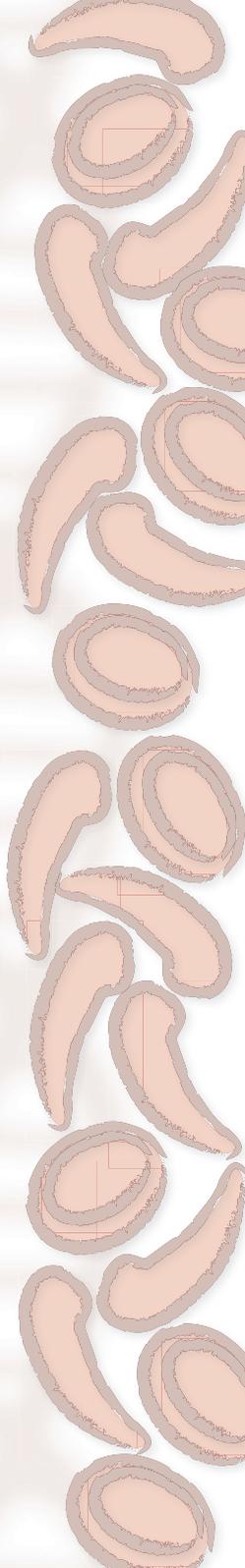
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência

DOENÇA FALCIFORME

SAÚDE BUCAL:
PREVENÇÃO E CUIDADO



Brasília - DF
2014



2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 25.000 exemplares

:: Elaboração, distribuição e informações ::

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

SAF SUL, Trecho 2, Edifício Premium, Torre 2, ala B, 2º andar, sala 202

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6149

Fax: (61) 3315-6152

Site: www.saude.gov.br

E-mail: sangue@saude.gov.br

:: Elaboração do texto ::

- WELLINGTON E. S. CAVALCANTI
- JOÃO MIGUEL GIRALDES

:: Coordenação ::

- MARIA DE FÁTIMA POMBO MONTORIL
- JOICE ARAGÃO DE JESUS

:: Editora responsável ::

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

:: Equipe editorial ::

Normalização | CHRISTIAN KILL

Revisão | EVELINE DE ASSIS e NÁGILA PAIVA

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência.

Doença falciforme: saúde bucal: prevenção e cuidado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

60 p.: il.

ISBN 978-85-334-2153-0

1. Doenças Falciformes. 2. Sistema Único de Saúde . 3. Saúde bucal – prevenção e cuidado. I. Título.

CDU 616.155.135

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0070.

:: Títulos para indexação ::

Em inglês: Sickel cell disease: oral health: prevention and care.

Em espanhol: Enfermedad de células falciformes: salud oral: prevención y cuidado.

Lista de quadros

Quadro 1

Incidência de nascidos vivos com doença falciforme em alguns estados **13**

Quadro 2

Incidência de nascidos vivos com traço falciforme em alguns estados **13**

Quadro 3

Linhas de cuidado, fatores de risco para as doenças bucais e as estratégias recomendadas para o autocuidado **21**

Quadro 4

Etapas cirúrgicas para realização de exodontias **41**

Lista de fotografias

Fotografia 1

Dente hígido com lesão periodontal **15**

Fotografia 2

Aparelho de ortopedia funcional dos maxilares **35**

Fotografia 3

Indicação correta de aparelho ortodôntico **35**

Sumário

Introdução	7
Doença falciforme (DF) e traço falciforme no Brasil	11
Manifestações bucais	14
Complicações bucais	16
Promoção da saúde bucal	20
Tratamento odontológico (protocolo sugerido)	24
Preservação e controle periódicos	38
Traumatismos dento-alveolares	39
Cirurgias bucais	40
Conclusão	43
Referências	44
Equipe técnica	52
Centros de referência em DF	53

**A DF QUE
TEM MAIOR
SIGNIFICADO
CLÍNICO É
A ANEMIA
FALCIFORME (AF),
QUANDO SE DÁ A
HOMOZIGOSE
OU SEJA A HbSS.**

Introdução

A doença falciforme (DF) é uma das enfermidades genéticas e hereditárias mais comuns no mundo. Sua causa é uma mutação no gene que produz a hemoglobina A, originando outra mutante: a hemoglobina S, uma herança recessiva. Existem outras hemoglobinas mutantes, exemplos: C, D, E etc. Estas, em par com a S, constituem um grupo denominado de DF: anemia falciforme (HbSS), S/Beta talassemia (S/ β Tal.), as doenças SC, SD, SE e outras mais raras. Apesar das particularidades que distinguem as DF, todas têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes.

Entre as DFs, a de maior significado clínico é a anemia falciforme (AF), determinada pela presença da HbS em homozigose (HbSS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S. A presença de apenas um gene para hemoglobina S, combinado com outro gene para hemoglobina A, configura um padrão genético AS (heterozigose), que não produz manifestações da doença e a pessoa é identificada como portador

de traço falciforme. Vale acentuar que a pessoa em questão não apresenta a doença. O serviço de saúde que fez o diagnóstico deve, porém, ofertar-lhe, assim como à sua família, orientações adequadas sobre essa herança genética.

A mutação que configura as DF teve origem no continente africano e pode ser encontrada em populações de diversas partes do mundo. Apresenta altas incidências na África, Arábia Saudita e Índia. No Brasil, devido ao grande contingente da população africana desenraizada de suas terras e aqui trazida para o trabalho escravo, a DF se expandiu. Hoje, faz parte de um grupo de doenças e agravos relevantes que afetam majoritariamente a população negra (pretos e pardos).

Por essa razão, a DF foi incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra e tem como subsídio o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), disposto na Portaria MS/GM nº 2.048, artigos 187 e 188, de 3 de setembro de 2009, que definem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme.

O êxito da política de atenção à DF, implementada no âmbito do SUS, tem muito a ver com outra medida do Ministério da Saúde, em prática desde 2003. Trata-se da Política Nacional de Humanização (PNH). A atuação da PNH baseia-se nos princípios da transversalidade e da inseparabilidade entre atenção e gestão. É uma política abrangente, que cobre todas as atividades do MS e utiliza-se de ferramentas e de dispositivos com o propósito de consolidar redes, vínculos e corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores, que constituem os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

As pessoas com DF apresentam anemia crônica e episódios de dor severa, decorrentes do processo de vaso-oclusão

causado pela forma de foice que as hemácias assumem, em situações de crise, impedindo que o oxigênio circule adequadamente. Poderá haver interrupção de fluxo sanguíneo e morte de tecidos e órgãos. A vulnerabilidade a infecções, o sequestro esplênico, a síndrome torácica aguda, o priapismo são algumas dessas intercorrências.

O diagnóstico precoce na primeira semana de vida, pela eletroforese, com metodologia específica, realizado pelos Programas Estaduais de Triagem Neonatal (PETN), regulamentado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), é fundamental para a identificação, quantificação e acompanhamento dos casos, bem como para o planejamento e organização da rede de atenção integral.

A eletroforese de hemoglobina, em seus diferentes métodos – exame que pode ser realizado na Atenção Básica –, é utilizada para o diagnóstico da DF em crianças a partir dos 4 meses de idade e em adultos.

Os medicamentos que compõem a rotina do tratamento da DF e integram a Farmácia Básica são: ácido fólico (de uso contínuo), penicilina oral ou injetável (obrigatoriamente até os 5 anos de idade), antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios (nas intercorrências). A hidroxíureia (HU) e os quelantes de ferro integram a assistência farmacêutica pactuada para atenção na média complexidade; assim como o exame de imagem doppler transcraniano, para acompanhamento dos 2 aos 17 anos.

As crianças com DF apresentam risco de contrair infecções 400 vezes maior em relação à população em geral. Por isso, indica-se rigoroso programa de vacinação, que alie o estabelecido no calendário nacional ao programa especial para *Haemophilus influenzae*; hepatite B (recombinante); e

Streptococcus pneumoniae (polissacarídeo e heptavalente) associado à profilaxia com *Penicilina benzatina*.

Historicamente, os hemocentros têm sido referência para o tratamento das doenças hematológicas, o que inclui as pessoas diagnosticadas com DF, mas em cinco estados (AC, MS, DF, RS e GO) o centro de referência localiza-se em ambulatórios de especialidades ou nos hospitais universitários.

**AS PESSOAS
COM TRAÇO
FALCIFORME
NECESSITAM
APENAS DE
INFORMAÇÃO E
ORIENTAÇÃO
GENÉTICA.**

Doença falciforme (DF) e traço falciforme no Brasil

Dados dos Programas Estaduais de Triagem Neonatal (PETN) apresentam a magnitude da DF a ser enfrentada no Brasil sobre a proporção de nascidos vivos diagnosticados com doença e traço falciforme. A incidência para a doença é de 1:1.000; e de 1:35 para o traço (Quadros 1 e 2).

Os dados refletem a necessidade de reorganização, estruturação e qualificação da rede de assistência para atender a essa demanda. Quanto mais precoce o diagnóstico da DF e quanto mais aprimorada a atenção integral prestada às pessoas com a doença, em centros que sejam de fato referências nesse campo, menores as estatísticas de morbiletalidade e maiores os índices de qualidade de vida.

Vale acentuar que as pessoas com traço falciforme necessitam apenas de orientação e informação genética. Já a assistência prestada às pessoas com a DF exige uma equipe multidisciplinar e multiprofissional, tanto para efeito de orientação individual e à família quanto para tratamento clínico e acompanhamento ao longo do tempo.

O alto grau de miscigenação da população brasileira sinaliza a necessidade de divulgação, informação e disponibilidade de exames para DF. Isso evita que pessoas com a doença cheguem a óbito, sem usufruir dos cuidados recomendados e que cada vez mais têm elevado a vida média com qualidade. O Ministério da Saúde (MS) dispõe de portarias, publicações, rotinas e procedimentos estabelecidos nas tabelas do SUS para que as redes de atenção sejam organizadas nos estados e municípios e possam oferecer uma atenção de qualidade às pessoas diagnosticadas.

O diagnóstico precoce nos PETN, uma rede efetivamente especializada em Atenção Básica, são recursos essenciais para reduzir a morbiletalidade, mudando a história natural da doença – que é de morte para 80% das crianças como menos de 5 anos de idade, caso não recebam o tratamento adequado.

É cientificamente reconhecido, em qualquer que seja a doença, que o fator social está fortemente associado ao determinante biológico, o que contribui de modo decisivo para o agravamento do curso clínico da enfermidade. Em geral, as pessoas com DF, em maior número pretas e pardas, incluem-se nos segmentos de menor poder econômico, reduzida escolaridade e dificuldade de acesso a serviços de saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), evidenciam isso. Esse público é majoritariamente dependente dos serviços públicos de saúde. A explicação disso está exatamente na sua vulnerabilidade social. Por essa razão, torna-se essencial organizar socialmente as pessoas com DF, congregando-as em associações, como forma de ampliar a capacidade de interlocução com os poderes públicos. Afinal, além da universalidade, o controle social é um dos princípios básicos da atuação do SUS.

Quadro 1 – Incidência de nascidos vivos com doença falciforme em alguns estados

ESTADOS	INCIDÊNCIA
Bahia	1:650
Rio de Janeiro	1:1.300
Pernambuco, Maranhão, Minas Gerais e Goiás	1:1.400
Espírito Santo	1:1.800
São Paulo	1:1.400
Mato Grosso do Sul	1:5.850
Rio Grande do Sul	1:11.000
Santa Catarina e Paraná	1:13.500

Fonte: Programas Estaduais de Triagem Neonatal.

Quadro 2 – Incidência de nascidos vivos com traço falciforme em alguns estados

ESTADOS	INCIDÊNCIA
Bahia	1:17
Rio de Janeiro	1:21
Pernambuco, Maranhão	1:23
Espírito Santo, Goiás	1:25
Minas Gerais	1:30
São Paulo	1:35
Rio Grande do Sul	1:65

Fonte: Programas Estaduais de Triagem Neonatal.

**ACHADOS
CLÍNICOS
BUCAIS MAIS
COMUNS SÃO:
PALIDEZ DA
MUCOSA ORAL, E
LÍNGUA LISA,
DESCORADA E
DESPAPILADA.**

Manifestações bucais

Em função da fisiopatologia da doença, qualquer tecido ou órgão pode ser afetado. Os mesmos efeitos patológicos da DF sobre os tecidos mineralizados e conectivos de diferentes partes do corpo – rins, fígado, baço, pulmões e coração – têm ocorrido em tecidos dentais e na cavidade bucal de modo geral. No entanto, o seu espectro clínico pode variar de pessoa para pessoa.

Os achados clínicos bucais mais comuns são: palidez da mucosa oral e língua lisa, descorada e despapilada, resultante da anemia crônica ou icterícia causada pela hemólise. Em crianças, pode haver atraso na erupção dentária, periodontite, hipoplasias e opacidades dentárias, especialmente em molares.

Estudos mostram que essa hipomineralização de esmalte e de dentina está presente em, aproximadamente, 67,5% das pessoas com DF. Decorre da deposição insuficiente de cálcio pelos ameloblastos e odontoblastos, nas fases de aposição e mineralização do esmalte, em função de o suprimento sanguíneo encontrar-se prejudicado

em algumas áreas que sofreram vaso-oclusão. Acrescente-se, ainda, em alguns casos, o fato de a câmara pulpar mostrar calcificações semelhantes a denticulos, podendo ser resultante de trombose nos vasos sanguíneos que irrigam a área afetada. Outra alteração de desenvolvimento, como a hipercementose, também tem sido observada.

Fotografia 1 – Dente hígido com lesão periodontal



Fonte: Hemorio.

Estudos epidemiológicos realizados respectivamente na Nigéria e nos EUA evidenciaram prevalência de doença periodontal e de cárie em pessoas com DF, em comparação com pessoas que não a apresentam. O mesmo ocorre na condição de perda dental por necrose pulpar não tratada. No Brasil, pessoas com DF têm risco e atividade de cárie aumentada, comparadas àquelas sem a doença. No grupo de crianças afetadas de 6 a 60 meses de idade, o incremento de cárie dental foi diretamente proporcional ao aumento da idade. Em estudo retrospectivo de crianças brasileiras de 3 a 10 anos com DF, a alta prevalência das doenças bucais, com índices CPO-D de 5,55 e de 2,9, e a presença de opacidades e de maloclusão evidenciam a necessidade de uma atenção mais precoce.

**OS SINTOMAS
DE OSTEOMIELOITE
SÃO EXSUDATO
NO SUCO
GENGIVAL,
EDEMA
FACIAL E
LINFADENOPATIA.**

Complicações bucais

Na DF, atribuem-se os problemas clínicos à alteração das hemácias, que ocasiona anemia hemolítica, infecções bacterianas e crises vaso-oclusivas. As complicações bucais relacionam-se a esses problemas, em decorrência da falcização das hemácias, com isquemia da medula óssea e das estruturas ósseas adjacentes, a saber:

Osteomielite

A osteomielite deve ser considerada no diagnóstico diferencial para pessoas com DF, que apresentam dor óssea e edema. Estudos indicam que ela é cem vezes mais frequente em pessoas com a doença do que no restante da população. Das que com a doença, 29% apresentam, em suas vidas, pelo menos um episódio de osteomielite. Esta se mostra mais comum em ossos longos.

No entanto, também pode afetar os ossos faciais. A mandíbula é a região de maior risco, devido ao seu suprimento sanguíneo relativamente

limitado, principalmente na região de molares. Uma crise vaso-oclusiva leva à isquemia e, em decorrência, à necrose óssea, criando um meio favorável ao crescimento bacteriano. Assim sendo, patógenos da microbiota bucal podem invadir essa área via ligamento periodontal. A osteomielite da mandíbula, sem causa dental, foi relatada com maior frequência em adultos jovens.

Os sintomas da osteomielite são: exsudato no sulco gengival, edema facial, linfadenopatia. Por radiografia, pode ser evidenciada a destruição óssea. O diagnóstico diferencial entre a osteomielite e a necrose isquêmica é difícil de ser confirmado. Nos estágios iniciais, baseia-se na presença de maior edema, de alterações radiológicas mais intensas, de distúrbios sistêmicos mais acentuados, e pode ser confirmado no isolamento de microrganismos em hemoculturas ou em material de drenagem óssea direta.

Na DF, o microrganismo *salmonella* é a causa mais comum da osteomielite em ossos longos. Já o *Streptococcus sp* e o *Staphylococcus sp* encontram-se mais na osteomielite mandibular. *Pneumococcus*, *Pseudomonas*, *E. coli*, *Haemophilus influenza* e microrganismos da microbiota bucal normal também têm sido descritos como agentes etiológicos potenciais da osteomielite mandibular. O tratamento consiste na combinação de terapias de suporte e de abordagem antibiótica e cirúrgica. A hospitalização pode ser necessária.

Neuropatia do nervo mandibular

A neuropatia permanente ou parcial, que afeta o nervo alveolar inferior após uma crise falcêmica, tem sido relatada. Já houve

casos em que resultou em parestesia permanente por mais de 24 meses. É provável que a perda da sensação leve a uma isquemia no suprimento sanguíneo para o nervo mandibular. Este é mais vulnerável devido ao seu trajeto no estreito canal mandibular e à neuropatia do nervo alveolar inferior. O quadro poderá resolver-se de modo espontâneo. Quando isso não ocorrer, as modalidades terapêuticas disponíveis apresentam resultados limitados e, em geral, ocasionam parestesia do lábio. A retomada da sensibilidade pode levar até 18 meses ou mais.

Necrose pulpar asséptica

A trombose é a principal manifestação patológica na DF. Envolve, particularmente, órgãos com circulação terminal, como a polpa dental. Não é incomum que a vaso-oclusão da microcirculação da polpa dental pelas células falciformes leve à necrose pulpar em dentes hígidos. Isso também foi demonstrado histologicamente. No entanto, alterações radiográficas associadas com a doença às vezes mascaram as alterações normalmente relacionadas com polpa não vital, o que dificulta o diagnóstico. Nesses casos, deve-se considerar os sintomas relatados, prescrevendo-se analgésico e anti-inflamatório, e aguardar para posterior intervenção

Dor orofacial

A dor orofacial é uma das complicações orais diretamente relacionadas a problemas clínicos associados à DF. Trata-se de uma condição de dor que se manifesta na região maxilofacial

decorrente de vaso-oclusão. São dores que podem ter diversas naturezas: de cabeça, decorrentes do sistema nervoso, psicogênicas (relacionadas com fatores psicológicos) e também aquelas relacionadas a doenças graves.

As dores de origem dentária e na articulação têmpora-mandibular (ATM) são, no entanto, as mais comuns. Pessoas com DF apresentam risco nove vezes maior de dor na área maxilofacial, a mais frequente e de maior duração. A vaso-oclusão na polpa dental pode resultar em dor na ausência de qualquer patologia dentária, sendo mais frequente em adultos. Pode tanto levar o dente a uma necrose pulpar quanto se resolver sem tratamento ativo, desde que o fenômeno vaso-oclusivo seja contornado.

A osteonecrose ou necrose isquêmica é uma complicação comum, dolorosa e debilitante da doença. Em geral insidiosa e progressiva, acomete principalmente quadris e ombros. Também pode afetar qualquer outro osso do corpo. As pessoas com DF também correm o risco de apresentar dores relacionadas a fatores psicológicos, pelo fato de se encontrarem fragilizadas pela doença. Dores da mesma natureza em outras partes do corpo são comuns nas crises. Por isso, o cirurgião-dentista ou odontólogo sempre deve valorizar os sintomas relatados, quando atender a uma pessoa com DF.

**PROFISSIONAIS
DE SAÚDE
BUCAL TÊM
PAPEL DECISIVO
NA PREVENÇÃO,
TRATAMENTO E
AUTOCUIDADO
EM DF.**

Promoção da saúde bucal

Desenvolver ações educativas sobre a saúde bucal e a importância desta para as pessoas com DF, seus cuidadores, seus familiares e a sociedade de modo geral é de importância decisiva. A saúde bucal constitui aspecto fundamental no quadro geral da saúde de qualquer pessoa, em especial aquela com DF. Conhecer a etiologia, as manifestações clínicas, as formas de tratamento e de cuidado das afecções bucais precisa ser prioritário, da mesma forma que insistir na sua adequada prevenção.

Ao profissional de saúde bucal cabe um papel preponderante no sentido de ampliar a consciência de uma pessoa com DF para as formas de prevenção, tratamento, cuidado e autocuidado no tocante a todos os aspectos da doença. Ele precisa entender a boca em sua integralidade fisiológica, psicológica, social e antropológica – e abordar a saúde bucal de forma integrada com as demais áreas de saúde. Tal percepção da parte desse profissional repercutirá de forma positiva, não apenas na sobrevivência como na qualidade de vida das pessoas com a doença.

Autocuidado em saúde bucal

Autocuidado: a palavra já diz tudo. É cuidar de si mesmo, a partir do conhecimento das necessidades do corpo e da mente, e dessa forma melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver alimentação sadia, ter consciência e saber administrar os fatores de risco que levam às doenças, atenuando-os continuamente.

Para que o autocuidado torne-se eficaz e seguro, além de acessível e econômico, há que se salientar a importância do contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo e da sua comunidade nesse sentido. O autocuidado constitui ingrediente essencial na preservação da saúde, e deve ser complementado por recursos técnicos e profissionais. Para pessoas hospitalizadas, acamadas ou mesmo com sequelas de AVC, os cuidadores precisam ser orientados quanto à higiene bucal.

Quadro 3 – Linhas de cuidado, fatores de risco para as doenças bucais e as estratégias recomendadas para o autocuidado

LINHAS DE CUIDADO	FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS BUCAIS	AUTOCUIDADO/ ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS
Crianças	Cárie dental e gengivite 1. Opacidades dentárias 2. Medicamentos adocicados 3. Alta frequência de internações 4. Higiene bucal deficiente	1. Alimentação saudável 2. Adoção de práticas de higiene bucal, principalmente após o uso de medicamentos infantis 3. Cuidado/acompanhamento odontológicos Estas medida devem ser dirigidas aos pais e/ou cuidadores.

Continua

Conclusão

Adolescentes	<p>Cárie dental, doença periodontal, maloclusão e infecções</p> <ol style="list-style-type: none">1. Qualidade da higiene2. Tabagismo e etilismo3. Traumatismos bucais4. Presença de objetos, como <i>piercings</i> na boca	<ol style="list-style-type: none">1. Estímulo para adoção de práticas de higiene bucal2. Orientação e incentivo ao uso de protetores bucais3. Orientar sobre o risco de objetos fixados na cavidade bucal4. Visitas periódicas ao dentista
Gestantes	<p>Doença periodontal, cárie dental e alterações hormonais inerentes da condição gestacional</p> <ol style="list-style-type: none">1. Queda do pH bucal2. Alterações do pH salivar3. Higiene bucal deficiente	<ol style="list-style-type: none">1. Estímulo à incorporação da alimentação saudável2. Estímulo à adoção de práticas de higiene bucal3. Visitas periódicas ao dentista durante a gestação
Adultos	<p>Doença periodontal, cárie dental e câncer de boca</p> <ol style="list-style-type: none">1. Higiene bucal ausente ou deficiente2. Redução do fluxo salivar3. Próteses mal ajustadas4. Tabagismo e etilismo	<ol style="list-style-type: none">1. Estímulo à adoção de práticas de higiene bucal2. Uso de saliva artificial e de compostos fluoretados3. Estímulo ao autoexame bucal4. Visitas periódicas ao dentista

Fonte: Autoria própria.

Prevenção das doenças bucais

O diagnóstico precoce e a assistência integral multiprofissional, descentralizada e de qualidade, repercutem positivamente na prevenção das doenças bucais na DF, pois as infecções dentárias podem precipitar as crises álgicas. Entre as medidas profiláticas para a saúde bucal das pessoas com DF incluem-se: a prevenção da cárie, da periodontite, da maloclusão e do câncer bucal.

Os profissionais de saúde devem incentivar a adoção de hábitos saudáveis: a amamentação natural, alimentos efetivamente nutritivos, consumo inteligente do açúcar, limpeza persistente da boca e dos dentes, uso racional de fluoretos, e evitar o fumo e o álcool. Da mesma forma, é vital garantir às pessoas com a doença o acesso precoce aos serviços odontológicos.

**ANAMNESE
E EXAME
CLÍNICO DEVEM
SEMPRE ANTECEDER
O TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO
EM PESSOAS
COM A DF.**

Tratamento odontológico (protocolo sugerido)

O tratamento dentário de rotina em pessoas com DF deve ser realizado em períodos sem crises, exigindo planejamento cuidadoso. A terapia durante uma crise, no entanto, deve ser direcionada a um tratamento paliativo.

Anamnese e exame clínico

Em pessoas com DF, o tratamento odontológico somente deve ter início após minuciosa anamnese, exame clínico e tratamento planejado. Deve-se considerar o histórico da doença e suas complicações, assim como as condições físicas e emocionais e a tolerância aos procedimentos operatórios, para evitar ou diminuir o estresse. Cumpre enfatizar que o tratamento pode desencadear uma crise falcêmica.

É procedimento fundamental que o profissional de odontologia registre os dados específicos das pessoas com DF sob seus cuidados, a fim de orientar-se no curso do tratamento. Também não deve desconsiderar o contato com outros profissionais de saúde que

assistem a pessoa com a doença, haja vista que conhecer o seu quadro clínico é de grande utilidade para o tratamento.

No exame clínico, faz-se essencial que o cirurgião-dentista avalie os tecidos moles da cavidade bucal, das estruturas periodontais e dos elementos dentários. As radiografias periapicais e panorâmicas são valiosas e, muitas vezes, indispensáveis, pois auxiliam no diagnóstico. Modelos de estudos podem ser obtidos. As bordas das moldeiras, quando em metal, precisam ser revestidas com cera, a fim de minimizar traumatismos nos tecidos moles. Importante traçar um plano de tratamento, devidamente registrado no prontuário odontológico, sujeito a alterações, de acordo com o seu curso e o quadro clínico da pessoa que está sendo atendida. Em caso de uma consulta de urgência, a anamnese será breve e a terapia consistirá em aliviar a dor e tratar as infecções agudas ou as lesões traumáticas.

Adequação do meio bucal

A forma que os microrganismos têm para se fixarem na boca é a retenção em suas reentrâncias: papilas da língua, fossetas e fissuras dos dentes, cavidades de cárie, sulco gengival e bolsa periodontal. Uma maneira de reduzir drasticamente microrganismos e eliminar sítios de retenção é pela adequação do meio bucal. O ideal está em realizar tal procedimento na primeira consulta do tratamento, mediante raspagem supragengival e tratamento restaurador atraumático (TRA), com selamento das cavidades com cimento ionômero de vidro e polimento coronário. Os restos radiculares e os bordos dos remanescentes coronários precisam ser arredondados para que não causem feridas nos tecidos moles. Caso haja inflamação gengival

acentuada, capaz de suscitar sangramento considerável diante da raspagem e do polimento coronário, deve-se fazer antibiocioterapia profilática.

Procedimentos preventivos

Com orientações adequadas de higiene oral, as pessoas com DF podem obter redução de cáries dentárias e de problemas periodontais. Para isso, devem manter higiene bucal constante, mediante escovação correta e a utilização de fio dental. As informações sobre prevenção e higiene bucal podem ser transmitidas de forma individual ou coletiva, por escrito ou mesmo de forma ilustrada:

Flúor: tem papel importante na prevenção e no tratamento de lesões cáries. É encontrado, normalmente, em dentifrícios e na água de abastecimento. A utilização do flúor para bochechos, no entanto, somente deve ocorrer após avaliação e indicação profissional.

Nutrição e dieta: é importante que as pessoas com DF sejam orientadas em relação a seus hábitos e necessidades nutricionais, de preferência por um(a) nutricionista. Nada impede que a orientação em relação à dieta cariogênica seja feita pelo profissional de odontologia. Importa que as pessoas com a doença estejam cientes dos prejuízos que o elevado consumo de açúcar causa aos dentes.

Aplicação de selantes: são auxiliares interessantes na prevenção. Levar em consideração, na prescrição do seu uso, o grau de mineralização dos dentes, especialmente dos molares permanentes. Medidas de higiene e cuidado com a cavidade

bucal devem ser consideradas como indispensáveis na prevenção de complicações como úlceras de perna recorrentes e de infecções capazes de precipitar crises vaso-oclusivas.

Analgesia e anestesia

Minimizar o estresse psicológico e físico reduz o risco de uma crise, daí a necessidade de planejar minuciosamente o tratamento dentário, considerando-se o tempo e extensão. Há que também escolher o tipo de anestesia, de acordo com as condições das pessoas com DF – se local ou geral. As pessoas com a doença estão no risco anestésico ASA III (doença sistêmica moderada ou severa, com algumas limitações funcionais). Sempre que possível, é preferível a anestesia local, de risco mais baixo e menor do que a geral, já que a primeira tem menor potencial de diminuir a oxigenação do sangue.

De qualquer modo, vale atentar para o seguinte: deve-se evitar várias consultas em curto espaço de tempo e/ou procedimentos extensos, por serem estressantes. Se o estresse for muito alto, reduzindo a capacidade de cooperação da pessoa em tratamento, indica-se a anestesia geral. É o caso das consultas com crianças muito pequenas e pessoas com sequelas de AVC. Nesses casos, a reabilitação oral sob anestesia geral, apesar dos riscos, pode ser menos estressante, haja vista as condições de saúde das pessoas com a doença. O uso de anestesia é indispensável. Sem minimizar os riscos implícitos, ela contribui para o conforto das pessoas e dá mais segurança ao cirurgião-dentista, sobretudo se as sequelas decorrem da DF. A ausência de dor diminui

a ansiedade e o estresse inerentes ao tratamento. Portanto, a anestesia, local ou geral, é sempre indicada, utilizando-se anestésico compatível. Recomenda-se a anestesia local na forma infiltrativa ou na regional ou troncular.

O uso de vasoconstritores com os anestésicos locais ainda é controverso. Segundo autores, eles podem impedir a circulação local e causar infarto. Para outros, os vasoconstritores não têm efeito na circulação local, apesar da hipovascularização. Procedimentos dentários de rotina podem ser executados com anestésico sem vasoconstritor. Nos procedimentos cirúrgicos, no entanto, devem ser utilizados aqueles com vasoconstritores.

O óxido nitroso também é usado para analgesia. Não há contraindicação, quando esse método for aplicado dentro dos parâmetros de oxigenação e ventilação estabelecidos. Durante uma cirurgia bucal, uma concentração de 50% de oxigênio – com os benefícios dos vasoconstritores, taxa alta de fluxo e ventilação apropriada – garante margem de segurança adequada.

Sedação via oral (VO) é uma alternativa para ajudar a diminuir os níveis de ansiedade, antes da anestesia local ou geral. A precaução, no entanto, deve ser extrema, utilizando-se doses baixas. Caso seja necessário níveis maiores de sedação, sugere-se a oxigenação adicional por cânula nasal, sempre com supervisão do médico hematologista ou do clínico assistente. Para prevenir a acidose pela supressão do centro respiratório, deve ser evitado o uso de barbitúricos e narcóticos.

Em caso de tratamento dentário com anestesia geral, as pessoas com DF precisam ser avaliadas por hematologista, hemoterapeuta e anesthesiologista com experiência no trato da doença. Em tais situações, o uso da anestesia geral predispõe

à dificuldade de oxigenação, tornando-se necessário preparo hemoterapêutico rigoroso, a cargo de profissional capacitado.

A escolha da técnica anestésica é menos importante do que o cuidado na sua administração. Os princípios de manejo da pessoa sob anestesia geral são os mesmos aplicados no tratamento ambulatorial: prevenção da desidratação, hipóxia, acidose e infecção. Além disso, a hipotermia precisa ser evitada, durante a anestesia geral, para prevenir reflexo de vasoconstrição.

Os cuidados pré e pós-operatórios são imprescindíveis para uma boa recuperação. Durante toda essa fase, as pessoas com DF precisam estar bem oxigenadas, hidratadas e com monitoração do pulso, da pressão arterial, da perfusão periférica, do balanço hídrico, das perdas sanguíneas, do hematócrito e do *status* de oxigenação. Analgésicos como paracetamol, dipirona ou codeína servem ao controle da dor, mas o uso de salicilado não é indicado, por levar à acidose e interferir na agregação plaquetária, devendo ser evitado.

Terapia medicamentosa

Alguns procedimentos odontológicos provocam bacteremia transitória insignificante (de 15 a 30 minutos, após o início do procedimento). Todavia, pessoas com determinadas patologias, como a DF, são passíveis da ocorrência de infecção secundária a essa bacteremia. Como infecções podem desencadear crises falcêmicas, sugere-se antibiótico profilático, diante de procedimentos odontológicos invasivos.

•Antibióticos

Crianças de até 5 anos fazem uso regular de penicilina, oral ou parenteral. Dispensam a antibioticoterapia profilática prévia ao

tratamento odontológico. Em caso de dúvida, recomenda-se ao cirurgião-dentista buscar informações com o médico pediatra.

>Amoxicilina

É adequada a crianças maiores de 5 anos. A dosagem será de 50 mg/kg, via oral, uma hora antes do procedimento (dose máxima de 2 g). Em adultos, dosagem de 2 g, via oral, uma hora antes do procedimento. Se a pessoa for alérgica à amoxicilina, recomenda-se eritromicina, pela disponibilidade do medicamento no mercado. A dosagem, para criança, será de 40 mg/kg, via oral (com dose máxima de 2 g), uma hora antes do procedimento. Para adultos, 2 g uma hora antes do procedimento.

>Claritromicina ou clindamicina

Administrar em crianças dosagem de 15 mg/kg, sem exceder a dose do adulto, por via oral, uma hora antes do procedimento. Para os adultos, recomenda-se dosagem de 500 mg, por via oral, também uma hora antes do procedimento. Tais dosagens são de alto custo e não estão disponíveis pelo serviço público.

Por fim, a antibioticoprofilaxia não deve ser empregada em intervalos menores a 15 dias e precisa anteceder procedimentos odontológicos acompanhados de sangramento, dos mais simples aos mais complexos, tais como: polimento coronário, raspagem supra e subgingival, exodontias, pulpotomias, pulpectomias, cirurgias bucais e reabilitações. Importante: indica-se a antibioticoterapia nos casos de infecção já instalada.

•Anti-inflamatórios

São indicados após extrações dentárias com algum grau de dificuldade e nas pulpites e pericementites.

>Diclofenaco sódico ou potássico

Administra-se, no caso de crianças, dosagem de 1 mg/kg, por via oral, de 6 em 6 horas. Em adultos, recomenda-se dosagem de 50 mg, via oral, de 8 em 8 horas.

•Analgésicos

São indicados, se necessário.

>Dipirona

Crianças: 1 gota/kg, via oral; e adultos: 500 mg, via oral, de 6 em 6 horas, por 24 horas (SOS).

>Paracetamol

Adultos: 750 mg, via oral, de 6 em 6 horas, por 24 horas (SOS).

>Codeína

Indicação: em quadros de dor muito intensa.

Crianças: 1 mg/kg; e adultos: 30 mg/kg.

•Antisséptico bucal

>Digluconato de clorexidina

Solução a 0,12%, de 12 em 12 horas, por 10 dias. Seu uso é indicado antes de todo procedimento bucal, em pós-operatórios e também como coadjuvante da terapia periodontal, para pessoas com necessidades especiais, deficiências físicas, pessoas imunossuprimidas, e diante de quadros de úlceras bucais capazes de ocasionar infecções secundárias. Entretanto, não é adequado em tratamentos de longo prazo, pois pode ocasionar pigmentação dentária extrínseca e alteração do paladar. São indicados os antissépticos bucais sem álcool, preferencialmente com clorexidina a 0,12%, com xilitol.

Tratamento periodontal

A doença periodontal pode ser definida como a infecção que acomete sítios individuais ou múltiplos da cavidade bucal. Culmina na perda irreversível de tecido periodontal de suporte. No exame clínico periodontal, avaliar: o controle do biofilme dentário, a ocorrência de inflamação gengival ou a presença de condições locais para a colonização de bactérias periodontopatogênicas. A profundidade da sondagem, a perda de inserção, o grau de envolvimento de furca e de mobilidade dental caracterizam os danos sofridos pelas estruturas de suporte. A principal terapia é a anti-infecciosa, que deve ser efetuada fora de crises falcêmicas e controlada em relação à sua condição sistêmica. Nessa fase, são executadas raspagens supra e subgengivais e alisamento radicular com a devida antibioticoterapia profilática.

No momento do reexame, se a infecção estiver controlada, a pessoa encontra-se em condições de ser submetida à terapia corretiva, que inclui: extrações e tratamentos endodônticos complementares, cirurgias periodontais, assim como procedimentos de restauração e protéticos definitivos. Após a conclusão do tratamento, constitui passo importante o **controle periódico**, de modo a favorecer a manutenção da saúde bucal. Esse controle inclui a avaliação do grau de higiene oral e da necessidade de nova raspagem e alisamento radicular, complementando com o polimento coronário.

Tratamento endodôntico

As bactérias têm papel fundamental no início e na perpetuação das lesões pulpare e perirradiculares, sintomáticas ou não.

Isso torna evidente a necessidade de combate eficaz à infecção endodôntica, com vistas ao reparo das estruturas perirradiculares e ao restabelecimento da função dentária normal. Assim, procedimentos como a pulpotomia, biopulpectomia e necropulpectomia merecem ser efetuados, nas pessoas com DF, sob antibioticoterapia profilática. Devem ser respeitadas com rigor – independentemente da técnica utilizada para a terapia endodôntica – as etapas de antisepsia da cavidade bucal, com bochecho de clorexidina a 0,12% + xilitol, anestesia, isolamento absoluto, remoção de tecido cariado, acesso, limpeza da cavidade, modelagem e obturação do sistema de canais radiculares. O acompanhamento desses procedimentos é realizado mediante exames radiográficos periódicos.

Tratamento restaurador e reabilitador

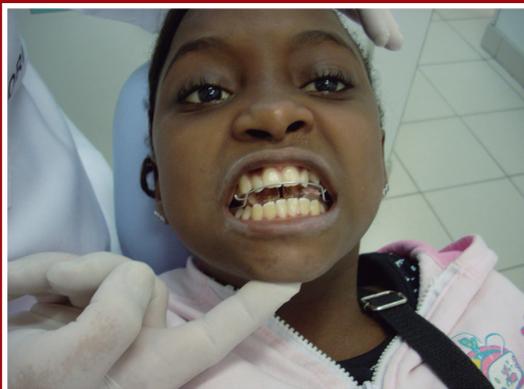
A cárie é obviamente uma doença. Caracteriza-se por ser infectocontagiosa multifatorial e apresentar curso crônico. Em função disso, os tratamentos restauradores e protéticos são importantes por limitar o dano da doença, mas não suficientes para controlar a sua causa. Instrução de higiene oral, controle da dieta, terapia com flúor e intervenção em aspectos do hospedeiro fazem parte do tratamento reabilitador, juntamente com restaurações e próteses, considerando-se, obviamente, o quadro clínico da pessoa atendida. Tanto as restaurações quanto as próteses devem ser realizadas com base nas técnicas de domínio do cirurgião-dentista, respeitando-se a anatomia dentária e os tecidos periodontais, com o intuito de evitar iatrogenias. Também exige cuidado no uso da caneta de alta rotação, das matrizes e cunhas, para não lesarem os tecidos moles.

Tratamento ortopédico funcional e ortodôntico

É o tratamento das deformidades dentofaciais, com a utilização de aparelhos funcionais ou fixos. Em face da maior ocorrência de maloclusões do tipo prognatimaxilar classe II e diastemas – resultantes das alterações de crescimento e desenvolvimento na DF –, recomenda-se acompanhamento da criança pelo odontopediatra. Isso é de extrema relevância para a intervenção precoce, se necessário, em termos de ortodontia preventiva e/ou interceptativa. O procedimento atenua os problemas de maloclusão que estejam ao alcance do atendido, eliminando hábitos deletérios e minimizando disfunções mastigatórias e respiratórias. É imprescindível o apoio terapêutico fonoaudiológico, paralelo ao tratamento ortopédico funcional preventivo, interceptativo e corretivo.

Em função das complicações clínicas, funcionais e estéticas das maloclusões e da idade, tendo em vista aspectos psicossociais e de autoestima envolvidos, são necessários na DF: controle do crescimento e desenvolvimento orofacial, com o encaminhamento da pessoa, no momento oportuno, a tratamento ortopédico funcional; e ao ortodontista, que fará o tratamento ortodôntico corretivo na fase adequada.

Fotografia 2 – Aparelho de ortopedia funcional dos maxilares



Fonte: Hemorio.

Fotografia 3 – Indicação correta de aparelho ortodôntico



Fonte: Hemorio.

A época ideal para os cuidados com a ortopedia funcional é de 4 a 12 anos de idade. O tratamento ortodôntico corretivo, em geral, deve ocorrer no período da pré-adolescência. Quanto às meninas, aconselha-se que aconteça próximo à menarca. Como nas pessoas com DF pode haver um atraso no desenvolvimento

da idade óssea e na maturação sexual, o momento correto para iniciar o tratamento ortodôntico ficará um pouco atrasado, em comparação com as pessoas que não apresentam a doença. Deve-se confirmar o caso com documentação radiológica de punho e de mão, o que auxilia a determinar o momento ideal.

A estatura das pessoas com DF é menor durante a adolescência, visto que, no caso delas, em ambos os sexos, a puberdade tem o início atrasado. A progressão, no entanto, é normal, com um estirão de crescimento atrasado geralmente em dois anos. Sendo assim, a altura final na idade adulta não é prejudicada, uma vez que o fechamento epifisário também ocorre tardiamente.

A maloclusão mais comum é a protrusão maxilar, causada pela hiperplasia compensadora da medula óssea e por maior crescimento maxilar. O diagnóstico dá-se por exame clínico e solicitação de documentação ortodôntica minuciosa, radiografias, análises cefalométricas, modelos de estudo e fotografias. Caberá ao cirurgião-dentista traçar o plano de tratamento adequado a cada caso.

Os aparelhos de ortopedia funcional e ortodônticos demandam cooperação e compromisso da pessoa em atendimento quanto ao seu correto uso, aos cuidados necessários e à higiene bucal, pois o uso do aparelho ortodôntico dificulta a higiene bucal. Por isso, somente será indicado tratamento ortopédico funcional e ortodôntico a pessoas que se comprometam a utilizar os métodos existentes de controle do biofilme, e que possam contribuir para uma excelente saúde bucal. As instruções de higiene e a conservação dos aparelhos de ortopedia móvel e ortodônticos devem ser por escrito.

Apesar do padrão trabecular reduzido, as possibilidades de êxito serão aumentadas, desde que o movimento ortodôntico

seja executado dentro das regras básicas, com o uso de forças leves e contínuas (movimentos lentos), com espaço para ativação de, no mínimo, três semanas, e respeitando as queixas individuais. O ortodontista precisa atentar para as peculiaridades fisiopatológicas. No caso da DF, elas são as seguintes: possibilidade de necrose pulpar e reabsorção radicular envolvendo dentes sadios, mudanças ósseas durante os movimentos ortodônticos, episódios de dor mandibular e maior susceptibilidade a infecções.

É fundamental adequar o planejamento ortodôntico com vistas a restaurar a microcirculação regional, mediante aumento nos intervalos das consultas, bem como reduzir o movimento dos dentes e as forças que lhes são aplicadas. Forças ortodônticas ou ortopédicas intensas, tais como ancoragem extraoral ou disjunção maxilar, requerem um manejo mais cuidadoso. Toda pessoa clinicamente bem acompanhada poderá receber tratamento de suas maloclusões com reabilitação, promoção de saúde e qualidade de vida (psicossocial).

Tratamento com implantes

Não são totalmente contraindicados, mas devido aos possíveis riscos de complicações ósseas, devem ser vistos com indicação precisa para cada caso.

**CRIANÇAS
IDENTIFICADAS
COM A DF NA
TRIAGEM
NEONATAL
PRECISAM DE
TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO
PERMANENTE.**

Preservação e controle periódicos

A saúde bucal depende da qualidade e do acesso dos usuários a medidas educativas e preventivas e do reforço constante na construção desse conhecimento, com foco no autocuidado. As crianças, quando diagnosticadas precocemente pela triagem neonatal, devem ser inseridas em programa de saúde bucal e mantidas sob permanente controle e manutenção.

O mesmo cuidado merecem as pessoas com diagnóstico tardio. Os critérios de revisões periódicas serão baseados na avaliação dos fatores de risco. A sistematização e continuidade dos cuidados para manter as pessoas com DF em boas condições de saúde bucal é fundamental para a garantia da saúde geral delas e da longevidade com qualidade de vida.

**COLISÕES,
ACIDENTES
ESPORTIVOS,
VIOLÊNCIA E
MAUS-TRATOS
SÃO POSSÍVEIS
CAUSAS DE
TRAUMATISMO.**

Traumatismos dento-alveolares

Em relação aos traumatismos dentoalveolares, sabe-se que suas principais causas estão envolvidas com as quedas da própria altura e de origem diversas, bastante comuns em pessoas com DF, devido aos possíveis comprometimentos neuromotores resultantes de AVE. Colisões, acidentes esportivos, violência e maus-tratos são também citados como possíveis causas dos traumatismos. Os acidentes domésticos, escolares, em ambientes esportivos e em clubes são os de maior incidência.

Quando não houver qualquer desequilíbrio ou interferência no sistema orgânico das pessoas com DF, pode-se considerar o tratamento minimamente invasivo indicado. No caso de criança na fase pré-escolar, esta pode permanecer no esquema de acompanhamento, assim que os dentes permanentes erupcionarem. Quando o trauma ocorrer em dentes permanentes, o acompanhamento deve adequar-se ao tipo de trauma, definido pelo cirurgião-dentista. Por fim, o sucesso depende de um bom diagnóstico e de uma correta classificação do tipo de trauma para definir suas possíveis abordagens.

**TAMBÉM HÁ
QUE TER ATENÇÃO
NO TRATAMENTO E
CIRURGIA
ODONTOLÓGICOS
DE PESSOAS
COM TRAÇO
FALCIFORME.**

Cirurgias bucais

Os procedimentos invasivos que oferecem maior risco, em especial no tocante a pessoas com DF, são destacados no **Quadro 4**. Há que planejar cada um deles com absoluto critério, de modo a assegurar uma intervenção cirúrgica segura. O procedimento cirúrgico mais comum é a exodontia. Esta, como qualquer outra cirurgia, apresenta as etapas de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.

Estudos alertam os cirurgiões-dentistas para o risco de complicações clínicas que podem afetar as pessoas com traço falciforme, particularmente se elas estão com cirurgia agendada com sedação por óxido nitroso ou anestesia geral. Essas pessoas devem ser vistas como casos especiais e que fogem à rotina. Recomenda-se, em tais circunstâncias, que haja uma avaliação pelo médico clínico responsável.

Quadro 4 – Etapas cirúrgicas para realização de exodontias

ETAPAS CIRÚRGICAS	
Pré-operatório	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação por parte do dentista e do hematologista;• Planejamento do ato cirúrgico;• Orientar a pessoa a vir acompanhada, alimentada e com os dentes escovados no dia da cirurgia;• Realizar e avaliar as radiografias; e• Prescrever antibioticoterapia profilática.
Transoperatório ou ato cirúrgico	<ul style="list-style-type: none">• Assepsia do campo operatório;• Anestesia por meio da técnica infiltrativa ou regional;• O procedimento deve ser atraumático por meio de sindesmotomia cuidadosa e, quando indicado, da técnica da odontosseção com brocas cirúrgicas, e depois utilizar as alavancas e fórceps;• Curetar o alvéolo para remover cistos, tecido de granulação, espículas ósseas e suturar; e• Aplicar gaze umedecida no local cirúrgico por 30 minutos.
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none">• Prescrever antibiótico, se necessário;• Orientação por escrito: ingestão de dieta líquida e Pastosa, nas primeiras 24 horas;• Aplicar gelo por 30 minutos, de quatro em quatro horas, nas primeiras 24 horas;

Continua

Conclusão

- Não bochechar;
- Não fazer esforço físico;
- Avaliação clínica no quarto dia após a cirurgia;
- Remover sutura no oitavo dia após a cirurgia; e
- Dar alta.

Fonte: Autoria própria.

**DOENÇAS
BUCAIS EM
PESSOAS COM DF
PRECISAM SER
IDENTIFICADAS
COM MAIOR
PRECOCIDADE
POSSÍVEL.**

Conclusão

A alta prevalência das doenças bucais em pessoas com DF, assim como o risco de complicações delas decorrentes, evidenciam a necessidade de que a atenção odontológica aconteça da forma mais precoce possível.

É essa a alternativa para que se evitem agravos à saúde bucal em geral, dessa forma potencializando o comprometimento biopsicosocial e, em consequência, a qualidade de vida das pessoas. Assim sendo, esta publicação tem por objetivo educar, disseminando informações e orientações sobre um tema relevante para a saúde pública do Brasil.

Referências

- ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 45-92.
- ANDREWS, C. H.; MARSHALL, C. E.; KEMP, W. B. Sickle cell anemia: an etiological factor in pulpal necrosis. **Journal of Endodontics**, [S.l.], v. 9, p. 249-252, 1983.
- ARAÚJO, P. I. C. Doença falciforme. In: AIRES, V. L. T. et al. **Práticas pediátricas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000. p. 209-220.
- ARAÚJO, P. I. C.; FROSSARD, E.; AZEVEDO, C. E. S. Doença falciforme. In: SCHETTINO, C. E.; DEL FAVERO; W. M. et al. **Terapêutica em pediatria**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. p. 381-387.
- AROWOJOLU, M. O. Periodontal probing depths of adolescent sickle cell anaemia nigerians. **Journal Periodontal Research**, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 62-64, 1999.
- AROWOJOLU, M. O.; SAVAGE, K. O.; AKEN'OVA, Y. A. Periodontal disease in homozygous HBSS adolescent nigerians. **African Journal of Medicine & Medical Sciences**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 261-264, 1996.
- BARATIERI, L. N. et al. **Dentística**: procedimentos preventivos e restauradores. 2. ed. São Paulo: Santos, 1992. p. 1-42, 73-115.
- BECKER, M. H. E.; MAIMAN, L. A. Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. **Medical Care**, [S.l.], v. 13, p. 10-24, 1975.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. Brasília, 2002.

BRUNETTI, C. B. **Periodontia médica**: uma abordagem integrada. São Paulo: Senac, 2005. 633 p.

BUSATO, A. L. S. et al. **Dentística**: restaurações estéticas. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 1-20.

CARR, M. M. Dental management of patients with sickles cell anemia. **Journal of the Canadian Dental Association**, [S.l.], v. 59, n. 2, p. 180-182, 1993.

CHAVES, M. M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 7-18, jan.-abr. 1998.

COX, G. A study of oral pain experience in sickle cell patients. **Oral Surgery**, [S.l.], v. 58; p. 39-41, mar.-apr. 1984.

COX, G. M.; SONI, N. N. Pathological effects of sickle cell anemia on the pulp. **J. Dental Child.**, Chicago, v. 51, n. 2, p. 128-132, 1984.

FEJERSKOV, O.; THYLSTRUP, A. A patologia da cárie. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Tratado de cariologia**. Tradução Sérgio Weyne. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. p. 65-74.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 57-75.

GENCO, R. J. et al. **Periodontia contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1997. p. 339-359.

GILLIS, M. V.; WEST, N. M. Sickle cell disease and trait: an increase in trabecular spacing, a case study. **Journal of Dental Hygiene**, [S.l.], v. 78, n. 2, p. 355-360, 2004.

GIRALOSE, R. V.; LYON, E. D. Sickle cell osteomyelitis of the mandible: report of three cases. **Journal Oral Surgery**, [S.l.], v. 35, p. 231-234, 1977.

GREGORY, G.; OLUJOHUNGBE, H. Mandibular nerve neuropathy in sickle cell disease. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, [S.l.], v. 77, p. 66-69, 1994.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 251-252.

HOBSON, P. The treatment of medically handicapped children. **International Dental Journal**, [S.l.], v. 30, p. 6-13, 1980.

_____. Dietary control and prevention of dental disease in chronically sick children. **Journal of Human Nutrition**, [S.l.], v. 33, p. 140-145, 1979.

IWU, C. O. Osteomyelitis of the mandible in sickle cell homozygous patients in Nigeria. **British Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, [S.l.], v. 27, p. 429-34, 1989.

KELLEHER, M.; BISHOP, K.; BRIGGS, P. Oral complications associated with sickle cell anemia. **Oral Surgery Medicine Oral Pathology**, [S.l.], v. 82, p. 225-228, 1996.

KÖHLER, B. et al. Preventive measures in mother influence the establishment of the bacterium streptococcus mutans in

their infants. **Archives. Oral Biology**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 225-231, 1983.

KONISHI, F. Odontologia intra-uterina. **Revista Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, [S.l.], v. 49, n. 2, p. 135-136, mar.-abr., 1995.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 99-106.

LANGA, H. **Relative analgesia in dental practice**. 2nd. ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1976. 226 p.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 271-280, 299-313.

MALAMED, S., F. **Sedation**: a guide to patient management. St. Louis: CV Mosby Company, 1989. 565 p.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Grupo de trabalho de Controle de Doença Falciforme. **Manual de condutas básicas em doença falciforme**. Rio de Janeiro, [2002?].

TUMORES hepáticos. In: **Manual Merck de Medicina**. São Paulo: Roca, 2001. p. 389.

MARCOS, B. **Pontos de epidemiologia**. Belo Horizonte: Abo, 1984. 390 p.

MARINHO, H. M. Anemia falciforme. **Revista de Medicina**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 15-24, jan.-abr. 1979.

MEZZOMO, E. et al. **Reabilitação oral para o clínico**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1994. p. 1-59.

O'ROURKE, C. A.; MITROPOULOS, C. Orofacial pain in patients with sickle cell disease. **Br. Dent. J.**, [S.l.], v. 169, p. 130-132, 1990.

O'ROURKE, C. A.; HAWLEY, G. M. Sickle cell disorder and orofacial pain in jamaican patients. **Br. Dent. J.**, [S.l.], v. 185, n. 2, 1998.

ODONTOLOGIA para bebês: odontologia atual guia do bebê. Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/odontopediatria/odontologia_para_bebes.htm>. Acesso em: 11 jun. 2011.

OREDUGBA, F. Anthropometric finding in nigerian children with sickle cell disease. **Pediatric Dental**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 321-325, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guia prático para a técnica do tratamento restaurador atraumático**. Gröningen, 1993. 47 p.

PAGE, C. P. et al. **Farmacologia integrada**. São Paulo: Manole, 1999. p. 383-398, 419-444.

PATTERSON, G. R. **Families**: applications of social learning to family life. Champaign: Research Press, 1975. p. 13.

PATTON, L. L.; BRAHIM, J. S.; TRAVIS, W. Mandibular osteomyelitis in a patient with sickle cell anemia: report of case. **JADA**, [S.l.], v. 121, p. 602-604, 1990.

PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 118-200.

PETTRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. (Coord.). **Aboprev**: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 364-370.

PINTO, V. G. **Saúde bucal**: odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos, 1989.

RADA, R. E.; BRONNY, A. T.; HASIAKOS, P. S. Sickel cell crisis precipitated by periodontal infection: report cases. **Journal American Dental Association**, [S.l.], v. 114, n. 6, p. 799-801, 1987.

ROBERT, J. F.; MARK, E. J. The cariogenic potential of liquid medications: a concern for the handicapped patient. **Special care in dentistry**, [S.l.], v. 2, n. 1, jan.-feb., p. 20-24, 1982.

ROSE, L. F.; KAYE, D. **Internal medicine for dentistry**. St. Louis: CV Mosby, 1983.

RYAN, M. D. Osteomyelitis associated with sickle cell anemia. **Gerl Surgery. Oral Medicine Oral Pathology**, [S.l.], v. 31, p. 754-759, 1971.

SAMS, R. Managing of dental patient with sickle cell anemia: a review of the literature. **Pediatric Dentistry**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 316-320, 1990.

SANSEVERE, J. J.; MILLES, M. Management of the oral and maxillofacial surgery patient with sickle cell disease and related hemoglobinopathies. **J. Oral Maxillfac. Surgery**, [S.l.], v. 51, p. 912-916, 1993

SEARJEANT, G. R. **Sickle cell disease**: bone and joint lesions. [S.l.]: Oxford University Press, 1985. p. 168-180.

SIQUEIRA Jr., J. F. **Tratamento das infecções endodônticas**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 69-99, 131-144.

SMITH, H.; McDONALD, D.; MILLER, R. Dental management of patients with sickle cell disorders. **JADA**, [S.l.], v. 114, p. 85-87, 1987.

SONI, N. N. Microradiographic study of dental tissues in sickle cell anemia. **Archives Oral Biology**, [S.l.], v. 2, p. 561-564, 1966.

STRANGE, E. M.; STRANGE, F. B. Effective nutritional counseling in preventive dentistry. **Journal of the International Association of Dentistry Children**, [S.l.], v. 12, p. 29-35, 1981.

TAYLOR, L. et al. Sickle cell anemia: a review of the dental concerns and retrospective study of dental and bony changes. **Special Care in Dentistry**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 38-42, 1995.

VAN DER LAAN, T. **A importância do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento facial do bebê**. Rio de Janeiro: Aboprev, 1994.

VAN DYKE, T. E. et al. Neutrophil chemotaxis dysfunction in human periodontitis. **Infecto Immum**, [S.l.], v. 27, p. 124, 1980.

WALTER, L. R. F., et al. Bebê clínica: a experiência que deu certo. **Saúde em debate**, [S.l.], v. 6, p. 65-68, out., 1992.

WILLIAMS, C. E. et al. Mechanisms of risk in preterm low-birthweight infants. **Journal Periodontal**, [S.l.], n. 23, p. 142-150, 2000.

YU, V. Y. Developmental outcome of extremely preterm infants. **Clinical Obstetrics Gynecology**, [S.l.], n. 43, p. 509-817, 2000.

ZAGO, M. et al. **Hematologia**: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 289-308.

Equipe técnica

A elaboração desta publicação contou com a participação dos seguintes profissionais:

CARMEN SOLANGE MACIEL FRANCO

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS)

LISIANE CRISTINA BEZERRA

Fundação Hemorio

MARLENE DO CARMO CEZINI

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO/UFRJ)

JOICE ARAGÃO DE JESUS

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS)

PAULO IVO CORTEZ DE ARAÚJO

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira / Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/UFRJ)

SILMA MARIA ALVES DE MELO

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAHU/SAS/MS)

TIAGO NOVAIS

Secretaria Municipal de Saúde de Camaçari, BA

WALKIRIA D'OLIVEIRA MATHEUS

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FO/UFRJ)

Centros de referência em DF

Nacional

Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doença Falciforme (Fenatal)

Coordenadora-Geral: **Maria Zenó Soares**

E-mail: fenafalfederacao@gmail.com

Distrito Federal / Estados / Regiões

NORDESTE		
INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
Hemoba Centro de Hematologia e Hemoterapia da Bahia <i>E-mail:</i> hemoba@hemoba.ba.gov.br	Ladeira do Hospital Geral – 2º andar – Brotas Salvador/BA CEP: 40286-240	Tels.: (71) 3116-5602 (71) 3116-5603 Tel./Fax: (71) 3116-5604
Hemoal Centro de Hematologia e Hemoterapia de Alagoas <i>E-mail:</i> hemoal@saude.al.gov.br	Av. Jorge de Lima, nº 58 Trapiche da Barra Maceió/AL CEP: 57010-300	Tel.: (82) 3315-2102 Tel./Fax: (82) 3315-2106 Fax: (82) 3315-2103
Hemose (Hemolacen) Centro de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe <i>E-mail:</i> hemo-se@hemolacen.se.gov.br	Av. Tancredo Neves, s/nº Centro Administrativo Gov. Augusto Franco Aracaju/SE CEP: 49080-470	Tel.: (79) 3234-6012 Tels.: (79) 3259-3191 (79) 3259-3195 Fax: (79) 3259-3201
Hemoiba Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba <i>E-mails:</i> hemocentrodaparaiba@yahoo.com.br hemo.pb@bol.com.br	Av. D. Pedro II, nº 1.119 – Torre João Pessoa/PB CEP: 58040-013	Tels.: (83) 3218-5690 (83) 3218-7601 Fax: (83) 3218-7610 PABX: (83) 3218-7600

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
Hemomar Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão <i>E-mail:</i> supervisao@hemomar.ma.gov.br	Rua 5 de Janeiro, s/nº – Jordóá São Luís/MA CEP: 65040-450	Tels.: (98) 3216-1137 (98) 3216-1139 (98) 3216-1100 Fax: (98) 3243-4157
Hemonorte Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte <i>E-mail:</i> hemodirecao geral@m.gov.br	Av. Alexandrino de Alencar, nº 1.800 – Tirol Natal/RN CEP: 59015-350	Tel.: (84) 3232-6702 Fax: (84) 3232-6703
Hemopi Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí	Rua 1º de Maio, nº 235 – Centro Teresina/PI CEP: 64001-430	Tels.: (86) 3221-8319 (86) 3221-8320 Fax: (86) 3221-8320 PABX: (81) 3421-5575
Hemope Centro de Hematologia de Pernambuco <i>E-mail:</i> presidencia@hemope.pe.gov.br	Av. Ruy Barbosa, nº 375 Recife/PE CEP: 52011-040	Tels.: (81) 3182-4900 (81) 3182-5430 (81) 3182-6063 Fax: (81) 3421-5571
Hemoce Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará <i>E-mails:</i> diretoria@hemoce.ce.gov.br hemoce@hemoce.ce.gov.br	Av. José Bastos, nº 3.390 Rodolfo Teófilo Fortaleza/CE CEP: 60440-261	Tels.: (85) 3101-2273 (85) 3101-2275 Fax: (85) 3101-2307 (85) 3101-2300

NORTE

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
Hemoam Centro de Hemoterapia e Hematologia do Amazonas <i>E-mails:</i> hemoam@hemoam.am.gov.br presidencia@hemoam.am.gov.br	Av. Constantino Nery, nº 4.397 Chapada Manaus/AM CEP: 69050-002	Tel.: (92) 3655-0100 Fax: (92) 3656-2066

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
Hemoraima Centro de Hemoterapia e Hematologia de Roraima <i>E-mail:</i> hemoraima@yahoo.com.br	Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, nº 3.418 Boa Vista/RR CEP: 69304-650	Tels.: (95) 2121-0859 (95) 2121-0861 Fax: (95) 2121-0860
Hemopa Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará <i>E-mail:</i> gabinete.hemopa@hotmail.com	Trav. Padre Eutiquio, nº 2.109 Batista Campos Belém/PA CEP: 66033-000	Tels./Fax: (91) 3242-6905 (91) 3225-2404
Hemoacre Centro de Hemoterapia e Hematologia do Acre <i>E-mail:</i> hemoacre.saude@ac.gov.br	Av. Getúlio Vargas, nº 2.787 Vila Ivonete Rio Branco/AC CEP: 69914-500	Tels.: (68) 3248-1377 (68) 3228-1494 Fax: (68) 3228-1500 (68) 3228-1494
Hospital de Clínicas / Ambulatório de Hematologia	BR 364, Km 2 Distrito Industrial Rio Branco/AC CEP 69914-220	
Hemoap Centro de Hemoterapia e Hematologia do Amapá <i>E-mails:</i> hemogab@hemoap.ap.gov.br hemoap@hemoap.ap.gov.br	Av. Raimundo Álvares da Costa, s/nº Jesus de Nazaré Macapá/AP CEP: 68908-170	Tel./Fax: (96) 3212-6289
Hemeron Centro de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia <i>E-mail:</i> fhemeron@fhemeron.ro.gov.br	Av. Circular II, s/nº Setor Industrial Porto Velho/RO CEP: 78900-970	Tels.: (69) 3216-5490 (69) 3216-5491 (69) 3216-2204 Fax: (69) 3216-5485
Rondônia Policlínica Osvaldo Cruz	Av. Governador Jorge Teixeira, s/nº – Distr. Industrial CEP: 78905-000	Tel.: (69) 3216-5700
Hemoto Centro de Hemoterapia e Hematologia de Tocantins <i>E-mail:</i> hemocentro@saude.to.gov.br	301 Norte, Conj. 2, lote I Palmas/TO CEP: 77001-214	Tel.: (63) 3218-3287 Fax: (63) 3218-3284

CENTRO-OESTE

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
MT – Hemocentro Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso <i>E-mails:</i> hemo@ses.mt.gov.br redehemo@ses.mt.gov.br	Rua 13 de Junho, nº 1.055 Centro Cuiabá/MT CEP: 78005-100	Tels.: (65) 3623-0044 (65) 3624-9031 (65) 3321-4578 Tel./Fax: (65) 3321-0351
Distrito Federal Hospital da Criança de Brasília	SAIN - Quadra 4 Asa Norte Brasília/DF CEP: 70620-000	Tel.: (61) 3025-8350 Fax: (61) 3025-8447
Goiás Hospital de Clínicas – Universidade Federal de Goiás	Primeira Avenida, s/nº Setor Universitário Goiânia/GO CEP: 74605-050	Tel.: (62) 3269-8394
Mato Grosso do Sul Núcleo Hemoterápico do Hospital Regional	Av. Eng. Luthero Lopes, nº 36 Aero Rancho V Campo Grande/MS CEP: 79084-180	Tels.: (67) 3378-2677 (67) 3378-2678 (67) 3375-2590 Fax: (67) 3378-2679
Mato Grosso do Sul Núcleo Hemoterápico do Hospital Universitário <i>E-mail:</i> secgab@ndu.ufms.br	Av. Senador Filinto Müller, s/nº - Vila Ipiranga Campo Grande/MS CEP: 79080-190	Tels.: (67) 3345-3302 (67) 3345-3167 (67) 3345-3168
Hemonúcleo da Santa Casa	Rua Eduardo Santos Pereira nº 88 Centro Campo Grande/MS CEP: 79002-250	Tel.: (67) 3322-4159

SUDESTE

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
<p>Hemorio Centro de Hemoterapia e Hematologia do RJ <i>E-mails:</i> diretoria@hemorio.rj.gov.br gabdg@hemorio.rj.gov.br</p>	<p>Rua Frei Caneca, nº 8 Centro Rio de Janeiro/RJ CEP: 20211-030</p>	<p>Tels.: (21) 2332-8620 (21) 2332-8611 (21) 2332-8610 Fax: (21) 2332-9553 (21) 2224-7030</p>
<p>Hemoes Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo <i>E-mail:</i> hemoes@saude.es.gov.br</p>	<p>Av. Marechal Campos, nº 1.468 Maruípe Vitória/ES CEP: 29040-090</p>	<p>Tels.: (27) 3137-2466 (27) 3137-2458 Fax: (27) 3137-2463</p>
<p>Hemominas Centro de Hemoterapia e Hematologia de MG <i>E-mails:</i> presid@hemominas.mg.gov.br sepre@hemominas.mg.gov.br</p>	<p>Rua Grão Pará, nº 882 Santa Efigênia Belo Horizonte/MG CEP: 30150-340</p>	<p>Tels.: (31) 3280-7492 (31) 3280-7450 Fax: (31) 3284-9579</p>
<p>Hemorrede de São Paulo <i>E-mail:</i> hemorrede@saude.sp.gov.br</p>	<p>Rua Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188 – 7º andar sala 711, Cerqueira César São Paulo/SP CEP: 05403-000</p>	<p>Tels.: (11) 3066- 8303 (11) 3066-8447 (11) 3066-8287 Fax: (11) 3066-8125</p>

SUL

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	TELEFONE/FAX
Hemepar Centro de Hemoterapia e Hematologia do Paraná <i>E-mail:</i> hemepar@pr.gov.br	Travessa João Prosdócimo, nº 145 – Alto da Quinze Curitiba/PR CEP: 80060-220	Tel.: (41) 3281-4024 PABX: (41) 3281-4000 Fax: (41) 3264-7029
Hemosc Centro de Hemoterapia e Hematologia de Santa Catarina <i>E-mail:</i> hemosc@fns.hemosc.org.br Hospital Infantil Joana de Gusmão (SES-SC) <i>E-mail:</i> hijg@saude.sc.gov.br	Av. Othon Gama D'êça, nº 756 Praça D. Pedro I – Centro Florianópolis/SC CEP: 88015-240 Rua Rui Barbosa, nº 152 Agronômica Florianópolis/SC CEP 88025-301	Tels.: (48) 3251-9741 (48) 3251-9700 Fax: (48) 3251-97421,5 Tels.: (48) 3251-9000 Fax: (48) 3251-9013
Rio Grande do Sul Hospital de Clínicas (HCC) <i>E-mail:</i> secretariageral@hcpa.ufrs.br	Rua Ramiro Barcelos, nº 2350 – 2º andar – sala 2235 Rio Branco Porto Alegre/RS CEP: 90035-003	Tels.: (51) 2101-8898 (51) 2101-8317
Rio Grande do Sul Grupo Hospitalar Conceição	Rua Domingos Rubbo, 20 – 5º andar – Cristo Redentor Porto Alegre/RS CEP: 91040-000	Tel.: (51) 3357-4110

ISBN 978-85-334-2153-0



9 788533 421530

DISQUE SAÚDE



Ovidora Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

Governo
Federal