



MANUAL DE **ODONTOLOGIA HOSPITALAR**



CONSELHO REGIONAL
DE ODONTOLOGIA
DE MATO GROSSO

MANUAL DE
**ODONTOLOGIA
HOSPITALAR**



ANO 2020

**Autores/ Membros da Comissão de Odontologia
Hospitalar do CRO/MT**

Ana Karina Ticianel
CRO-MT 3569

Bruno Augusto Barros e Matos
CRO-MT 6006

Evanice Menezes Marçal Vieira
CRO-MT 2333

Fernanda Ribeiro Carvalho Rondon
CRO-MT 2547

Sumário

Introdução	6
O que é a Odontologia Hospitalar?	6
Breve histórico referente à legislação	6
Perfil profissional do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar	8
Atribuições do Cirurgião-Dentista no ambiente hospitalar	8
Áreas de atuação do cirurgião-dentista, segundo a patologia do paciente	8
Odontologia nas Coagulopatias	8
Odontologia e Diabetes Mellitus	9
Odontologia na Nefropatia	10
Transplante Renal	11
Odontologia na Hepatologia	12
Manifestações Bucais em Hepatopatas	13
Intervenções Odontológicas nas Hepatopatias	13
Transplante Hepático	14
Fármacos nas Hepatopatias	14
Odontologia na Cardiologia	15
Transplante Cardíaco	16
Odontologia na Neurologia e Psiquiatria	20
Odontologia na Pediatria Hospitalar	21
Odontologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	21
Atribuições do Cirurgião-Dentista Intensivista	23
Laserterapia na Odontologia para Pacientes Oncológicos	24
Odontologia nos Cuidados Paliativos	25
Referências Bibliográficas	26
Anexo	30

Introdução

O que é a Odontologia Hospitalar?

A Odontologia hospitalar compreende um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças orofaciais, manifestações bucais de origem sistêmicas ou de sequelas de seus respectivos tratamentos, em pacientes em ambiente hospitalar (internados ou não) ou em assistência domiciliar, inseridas no contexto de atuação da equipe multiprofissional, visando à manutenção da saúde bucal e à melhoria da qualidade de vida.

Breve histórico referente à legislação

Para um melhor entendimento do cenário em que a odontologia hospitalar se encontra através das regulamentações existentes no país, descreveremos de forma cronológica algumas informações sobre leis, portarias, emendas e notas técnicas que asseguram ao cidadão brasileiro o direito ao cuidado integral na saúde.

- Em 2008, o Deputado Neilton Mulim, apresentou na câmara dos deputados o Projeto de Lei Nº 2776/2008, que torna obrigatória a presença de cirurgiões-dentistas nas UTIs. Este PL foi posteriormente substituído pelo PL da Câmara Nº 34, de 2013, que por sua vez torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade HOME CARE. Porém, em junho de 2019 o Presidente da República Jair Bolsonaro vetou o PLC 34/2013 alegando que a vigência da lei promoveria, em médio e longo prazo, forte impacto financeiro aos cofres públicos. O Conselho Federal de Odontologia ressalta que a assistência odontológica em ambiente hospitalar permite baixo investimento se comparado com o retorno em saúde. O projeto prevê a redução do tempo de internação, riscos de infecção e gastos hospitalares. Além de permitir o diagnóstico precoce de doenças graves e melhoria na qualidade de vida do paciente.
- RDC Resolução - Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Estabelece padrões mínimos para funcionamento das UTIs no Brasil, com o objetivo de reduzir riscos aos pacientes, aos profissionais, aos visitantes e até ao meio ambiente; no Capítulo II, Seção IV, Art. 18, a assistência odontológica está relacionada entre os recursos assistenciais à beira do leito que devem ser

garantidos aos pacientes; o Art. 23 estabelece a integração da assistência odontológica com as demais atividades assistenciais prestadas, devendo participar das discussões em conjunto com a equipe multiprofissional.

- Portaria Nº 1.032, de 05/05/2010, publicada pelo Ministério da Saúde - inclui procedimento odontológico na “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais” voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento SUS em ambiente hospitalar;
- Nota Técnica Nº 1 de 2014 - aborda registro de procedimento odontológico realizado em ambiente hospitalar, independente do motivo que gerou a SIH (Sistema de Internação Hospitalar) e não mais apenas os realizados em Pacientes com Necessidades Especiais, termo atualmente denominado Pessoa com Deficiência (PCD) definido na Portaria Nº 1.032 de 05/05/2010;
- Resolução Nº 162/2015 e Nº163/2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) - reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar e a apresenta com uma nova área de atuação dentro da profissão, com os objetivos de “promoção da saúde bucal, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos”.
- Resolução Nº 203/2019 e Nº204/2019 CFO - que vêm alterar e complementar as resoluções anteriores.

Outra medida que avançou em vários estados brasileiros, foi a criação de leis estaduais tornando obrigatória a assistência odontológica no paciente hospitalizado.

- Lei Estadual no Mato Grosso 10.659/2014 - refere-se à obrigatoriedade da assistência odontológica nos pacientes em regime de internação hospitalar, se estendendo aos pacientes em internação domiciliar. Diante do exposto, nota-se que estamos diante de um grande desafio nesta área da odontologia, até que se concretize a atuação e valorização do cirurgião-dentista em todos os hospitais brasileiros assegurando ao paciente melhor qualidade de vida.

Portanto, este manual foi desenvolvido pelos membros da Comissão de Odontologia Hospitalar do CRO/MT, no intuito de esclarecer alguns aspectos e conhecimentos relacionados ao atendimento odontológico de pacientes hospitalizados.

Perfil profissional do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar

- Preferencialmente que este profissional seja cirurgião-dentista habilitado em Odontologia Hospitalar, conforme Resolução do CFO (203/2019 e 204/2019).
- Possuir experiência em atendimento hospitalar, pois além da atuação clínica em ambiente hospitalar, compreender o fluxo de pacientes, gestão do trabalho hospitalar, linguagem médica e dos demais profissionais da equipe, solicitação e interpretação de exames complementares de interesse odontológico direto ou não, registro de informações em prontuário médico.
- Respeitar e interagir com profissional da mesma classe, mantendo o foco e a atenção centrada nos cuidados ao paciente hospitalizado.

Atribuições do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar

- Cuidado ao paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento e/ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e/ou instalação de doença sistêmica;
- Participação nas decisões da equipe multiprofissional, incluindo internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta, conforme Resolução CFO-003/99 (art. 6) sendo responsável por tomada de decisão em intervenção na cavidade bucal em consonância com essa equipe;
- Registrar as informações em prontuário, de acordo com as normas do hospital;
- Promover ações em saúde bucal junto à equipe de cuidados ao paciente hospitalizado (profissionais, familiares e cuidadores).

Áreas de atuação do cirurgião-dentista, segundo a patologia do paciente

Odontologia nas coagulopatias

Pacientes que fazem uso de anticoagulantes e/ou portadores de coagulopatias e trombocitopatias hereditárias ou adquiridas cuja condição clínica requeira o atendimento em ambiente hospitalar devem ser atendidos pela equipe de odontologia hospitalar principalmente nos casos de execução de procedimentos invasivos que possam causar sangramento. Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito através de exame de rotina que indicam plaquetopenia ou sangramento

excessivo desproporcional à contagem de plaquetas, após procedimentos odontológicos invasivos. Por isso é tão importante a história clínica pessoal e familiar na triagem de um possível distúrbio sanguíneo. Cuidados locais e medidas preventivas devem ser implementados, principalmente quando o paciente faz uso de medicamentos que interferem na função plaquetária como ácido acetil salicílico (AAS), anti-inflamatórios não hormonais, antibióticos, drogas cardiovasculares e psicotrópicos. Boa higiene dental e planejamento terapêutico antes de procedimentos odontológicos devem fazer parte do cuidado integral deste paciente. Pacientes com risco elevado de sangramento tendem a negligenciar os cuidados com a higiene oral por receio de sangramento. O planejamento do tratamento odontológico deve estabelecer uma ordem ou sequência para diminuir riscos e otimizar os recursos, iniciando sempre que possível pelo tratamento periodontal, seguido do cirúrgico, restaurador, reabilitador e manutenção do tratamento odontológico ambulatorial através de retornos preventivos de rotina.

Odontologia e Diabetes Mellitus

É fundamental realizar anamnese detalhada e conhecer a condição clínica geral do paciente, comorbidades associadas e os medicamentos para controle das mesmas, com atenção especial ao uso de AAS e anticoagulantes orais, histórico odontológico (presença de doença periodontal persistente, infecções fúngicas e virais oportunistas), atraso de cicatrização de feridas, história familiar e exames laboratoriais recentes.

As manifestações bucais mais frequentes são a doença periodontal, principal responsável pela perda dentária e a xerostomia em virtude da poliúria. A doença periodontal se manifesta de forma avançada e a sua gravidade está relacionada ao grau de descompensação do diabetes mellitus e vice-versa.

A descompensação do diabetes mellitus, associada à xerostomia, predispõe ao surgimento de infecções oportunistas como a candidíase e a herpes simples. A síndrome da boca ardente também pode aparecer em pacientes descompensados e está relacionada à presença de xerostomia, candidíase, alterações neurológicas (depressão) e neuropatia.

Atentar para a interação de medicamentos em uso do paciente com outras drogas a serem prescritas, bem como obter todas as informações necessárias sobre o hipoglicemiante em uso, o tipo e intervalos da dieta e o pico de ação da droga com o procedimento odontológico.

A glicemia capilar e a pressão arterial devem ser aferidas no início do atendimento. Pacientes em jejum com glicemia inferior ou igual a 70mg/dl

deverão ter seu atendimento adiado, a fim de evitar crise hipoglicêmica.

Em casos de intervenção periodontal durante a internação hospitalar, o cirurgião-dentista deve solicitar uma avaliação de risco pré-operatório para pacientes com risco de isquemia (AVC) ou para aqueles que apresentam cardiopatias, neuropatias e insuficiência renal. A avaliação odontológica integrada à equipe multiprofissional dos pacientes hospitalizados é de extrema importância, devido à característica bidirecional da diabetes mellitus e doença periodontal. O tratamento odontológico pode contribuir para o controle da taxa de glicemia, representando uma diminuição das consequências sistêmicas ou bucais da diabetes mellitus e do tempo de internação.

Odontologia na nefropatia

Para o manejo odontológico adequado do paciente renal, é imperioso que o cirurgião-dentista tenha um conhecimento abrangente de todas as características da doença renal, complicações associadas às comorbidades (cardiopatia, diabetes, hipertensão, imunossupressão) e às limitações que o tornam um paciente de alto risco. Além disso, saber o momento correto de intervir e trabalhar em equipe é fundamental para não provocar um agravamento do quadro geral e interferir no tratamento médico, colocando em risco a vida do paciente. Desta forma, torna-se importante:

- Realizar plano de tratamento odontológico norteado pelo estágio da doença renal e comorbidades associadas e à urgência do procedimento odontológico, evitando-se complicações ou agravamento do quadro sistêmico do paciente. O tratamento será sempre prioritário à resolução e ao controle das infecções que poderão aparecer com a progressão da doença renal, tornando-se um fator de risco à septicemia, devido à baixa resposta imune do paciente renal.
- Instituir um programa de promoção e educação em saúde bucal com foco na prevenção de doença periodontal e acúmulo de placa bacteriana, e de cárie e infecções oportunistas nos casos de xerostomia grave em pacientes dialíticos.
- A execução de procedimentos curativos deve ser feita no próprio hospital nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar. Deve ser dada atenção especial ao tratamento e controle das doenças periodontais, pois estas causam aumento da carga inflamatória sistêmica e descontrole metabólico, elevando o risco de morbimortalidade.
- Os procedimentos odontológicos invasivos que requeiram profilaxia

antibiótica devem ser planejados a partir da decisão em conjunto com o médico, pois pacientes internados, muitas vezes já fazem uso de antibiótico ou associação de dois antibióticos com manutenção de concentração sérica alta.

- Estar atento à influência da insuficiência renal no uso da medicação, pois há alterações na sua absorção, distribuição e eliminação, tornando a interação medicamentosa um grande problema.
- Em geral, qualquer substância nefrotóxica deve ser evitada e sempre haver ajuste individualizado de doses por meio de redução de dosagem, ou aumento de intervalo entre as mesmas, além de dose de compensação após hemodiálise.
- A via intramuscular não é recomendada devido ao risco de hematomas. A escolha ideal é a via oral ou intravenosa.

Transplante Renal

No período pré-transplante, o cirurgião-dentista da equipe de odontologia hospitalar deve:

- Solicitar e avaliar exame de imagem. É essencial a radiografia panorâmica, pois as radiografias periapicais e a tomografia computadorizada devem ser de caráter complementar;
- Realizar anamnese minuciosa e conhecer toda a história médica pregressa e condição clínica atual do paciente;
- Estabelecer plano de tratamento norteado pela condição clínica atual, levando-se em consideração todas as limitações quando houver comorbidades.

É indicada avaliação odontológica pelo cirurgião-dentista do serviço de odontologia hospitalar após a conclusão do tratamento odontológico em serviço público ou privado e previamente ao início do transplante, com objetivo de confirmar a realização integral do procedimento odontológico solicitado.

No período pós-transplante, o cirurgião-dentista da equipe de odontologia hospitalar deve:

- Realizar diagnóstico de lesões bucais nos pacientes imunossuprimidos, pois as manifestações bucais e sinais de infecção podem estar diminuídos ou ausentes devido à diminuição da resposta inflamatória pelo uso de imunossupressores;
- Durante os primeiros seis meses pós-transplante, não deve ser realizado nenhum tratamento odontológico eletivo, pois este é o período de maior

imunodepressão e alto risco de infecções, inclusive, orais, ocasionando risco de rejeição;

- A profilaxia antibiótica deve ser instituída antes de qualquer tratamento odontológico que possa produzir uma bacteremia transitória durante o período de até 2 anos após o transplante;
- No caso de agravos na cavidade bucal que representem risco de complicações para o paciente nos primeiros seis meses após o transplante, executar os procedimentos nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar de maneira imediata e agressivamente. Eles deverão ser os menos invasivos possíveis e realizados somente após o contato com o médico responsável.
- Cabe enfatizar que a maioria dos pacientes renais não recebem cuidados odontológicos previamente ao transplante, o que representa um grande risco e efeito sistêmico negativo para o paciente internado e com a higiene bucal negligenciada.

Odontologia na hepatologia

A hepatopatia é definida como alteração do fígado que se dá de forma aguda ou crônica. Pode estar associada a etiologias variadas como as hepatites virais A, B, C, D, E, doença hepática gordurosa não alcoólica, doença hepática alcoólica e doença hepática autoimune. A deficiência hepática em geral pode causar lesões cariosas, hipossalivação e doença periodontal. As hepatites virais podem gerar aos pacientes quadros crônicos de hepatite, cirrose, carcinoma hepatocelular e formas agudas fulminantes.

As hepatopatias podem causar alterações importantes em cavidade oral. Dependendo da severidade da alteração sistêmica, é possível identificar, principalmente em crianças, mudanças de cor do esmalte dental, pigmentação da mucosa e tecidos moles. Autores associam a alta incidência de cáries em hepatopatas ao uso constante de medicações ricas em açúcares e à dieta cariogênica, considerando o elevado gasto energético e deficiência na absorção dos alimentos provenientes do déficit nutricional.

A interpretação de exames laboratoriais para avaliação enzimática é eficaz para confirmação de alteração hepática. Os principais exames para avaliação de níveis séricos são: tempo de protombina (TP), gama glutamiltransferase (GGT); aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase (ALT/AST); e bilirrubina. Dentre as principais funções atribuídas ao fígado, destaca-se a síntese de

fatores de coagulação e proteínas, e a metabolização de medicamentos (como antibióticos, analgésicos e anestésicos locais), comumente usados por cirurgiões-dentistas.

A coagulopatia em hepatopatas, aspecto bastante relevante para a Odontologia, possui etiologia multifatorial, associada à carência nutricional, baixa absorção de nutrientes, colestase e ao déficit na síntese proteica.

- Manifestações bucais em hepatopatas

Há na literatura relato de alterações bucais em crianças hepatopatas como: mudanças na coloração dos dentes, periodonto e tecidos moles, causado pela pigmentação pela hiperbilirrubinemia secundária das extensões biliares. Alguns autores apontam que desequilíbrios nutricionais em hepatopatas podem gerar manifestações bucais como perdas das papilas da língua, glossite e queilite angular. Já distúrbios hemostáticos podem ocasionar complicações desde sangramento espontâneo na gengiva à presença de petéquias e equimoses nas mucosas de boca.

Estudos mostram que o líquen plano oral está associado ao uso de medicamentos no tratamento do vírus da hepatite C, sendo então uma reação liquenoide. Trabalhos mostram que tanto o líquen plano quanto o vírus da hepatite C são enfermidades frequentes em pacientes com mais de 50 anos de idade. Logo o fator idade deve ser considerado.

- Intervenções odontológicas nas hepatopatias

Distúrbios de coagulação devem ser reparados para que procedimentos odontológicos de pequeno porte sejam realizados. Autores afirmam que pacientes com hepatite crônica com ausência sintomatológica podem receber cirurgias eletivas, desde que não haja alterações hepáticas. Ferraz e Perez (2006) mostram que complicações cirúrgicas em hepatopatas crônicos possuem associação direta com a função hepática, independentemente de qual seja causa da doença.

Alguns autores defendem que indivíduos com sinais ou sintomas de hepatite devem ser avaliados por um médico antes de receberem tratamentos odontológicos eletivos, outros, pontuam que em pacientes com hepatite viral aguda e/ou hepatite alcoólica aguda, as cirurgias invasivas devem ser suspensas, por aumentarem condições de morbimortalidade durante os procedimentos.

Entretanto, vários autores afirmam que paciente em fase de pós-transplante

hepático imediato ou paciente que obteve rejeição do órgão não devem receber tratamento odontológico eletivo, salvo atendimento de urgência, avaliando criteriosamente, a necessidade de profilaxia antibiótica. Quanto aos pacientes com doença hepática autoimune que utilizam corticosteroide, deve-se garantir a reposição pré-operatória deste fármaco antes de procedimentos odontológicos.

- Transplante hepático

Avaliação odontológica minuciosa deve ser realizada em indivíduos que serão submetidos a transplantes hepáticos, para o diagnóstico e tratamento de toda e qualquer infecção de origem dental ou periodontal, impedindo assim, condições infecciosas durante e após o ato cirúrgico. De acordo com vários autores, lesões cariosas e abscessos em geral podem aumentar consideravelmente a presença de infecções antes e após o transplante hepático. O planejamento de tratamento para o paciente portador de doença hepática deve conter cuidados incisivos como: possíveis ajustes nas posologias das drogas comumente utilizadas na odontologia, avaliação de quadros leucopênicos, avaliação dos níveis plaquetários e fatores de coagulação. A literatura mostra resultados satisfatórios em relação ao tratamento odontológico prévio à cirurgia de transplante hepático, resultando num pós-operatório com poucas complicações e uma diminuição da taxa de mortalidade dos pacientes.

- Fármacos nas hepatopatias

O anti-inflamatório não esteroide (AINES) deve ser administrado com cautela, visto possível diminuição da síntese de proteína plasmática, que resulta em possível toxicidade.

Alguns autores ressaltam que apesar da prevalência baixa, a eritromicina pode causar hepatite colestática (diminuição ou bloqueio do fluxo da bile para fora do fígado), com início a partir da segunda semana de tratamento.

A literatura afirma que os anestésicos locais lidocaína, prilocaína, mepivacaína e bupivacaína são considerados seguros em hepatopatias, desde que usados em quantidades adequadas.

Em locais que seja possível adquirir infecção pelo vírus da hepatite, como consultórios odontológicos e ambiente hospitalar, é necessário que o cirurgião-dentista, TSBs e ASBs realizem medidas de proteção, como: garantir imunização profissional e atender às exigências de biossegurança.

Odontologia na cardiologia

Os frequentes surtos de bacteremias transitórias de origem bucal podem representar risco no estabelecimento de doenças cardiovasculares em determinados pacientes. O acompanhamento odontológico dos pacientes cardiopatas é fundamental, pois qualquer processo infeccioso em cavidade oral pode agravar o quadro clínico e prejudicar o tratamento médico. Avaliações clínicas amplas, preparo pré-operatório, profilaxia, raspagem periodontal, exodontias e tratamentos endodônticos devem ser implementados em pacientes com cardiopatia. Assim, diminuem-se as complicações e obtêm-se, quase sempre, resultados tardios positivos.

Evidências científicas vêm levantando a possibilidade de que as doenças periodontais sejam fatores de risco às doenças cardiovasculares. A prevalência de doenças cardiovasculares em pacientes com periodontite é 25 a 50% maior que em indivíduos saudáveis. Estudos relatam que indivíduos com periodontite apresentam risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares.

De fato a plausibilidade biológica da relação causal entre doença periodontal e doença cardiovascular referem-se a 3 mecanismos básicos: infecção bacteriana, liberação de citocinas pró-inflamatórias e liberação de produtos bacterianos que podem interferir no processo aterosclerótico, uma vez que estas citocinas encontram-se elevadas em paciente com doença periodontal.

Os pacientes portadores de doença arterial coronariana e que necessitam de tratamentos odontológicos específicos, como extrações dentárias, devem receber controle da ansiedade por meio do uso de benzodiazepínicos. Deve-se diminuir ao máximo o estresse nesse grupo de pacientes. O medo, a dor, a ansiedade e a excitação podem desencadear importantes alterações nas respostas cardiovasculares durante o tratamento odontológico, como: elevar os níveis plasmáticos de catecolaminas endógenas, contratilidade cardíaca, frequência cardíaca e pressão arterial, podendo ocasionar uma isquemia miocárdica transitória, arritmias, crises hipertensivas, acidente cardiovascular e infarto agudo do miocárdio em consequência dessas alterações.

O infarto recente do miocárdio talvez seja o fator de risco mais importante a ser considerado em pacientes com doenças cardíacas antes de qualquer tratamento cirúrgico. Há maior possibilidade de insuficiência cardíaca congestiva (resultado da incapacidade do coração em fornecer um suprimento de oxigênio adequado), arritmia, assim como uma possível supressão do miocárdio secundário à anestesia. O tratamento odontológico deste grupo de pacientes deve ser conduzido de maneira a reduzir o estresse ao mínimo necessário, com consultas

curtas e sedação complementar.

A pressão arterial elevada acelera o processo de aterosclerose coronária, favorecendo a ocorrência de obstrução vascular e isquemia. Como resultado, o ventrículo esquerdo hipertrofia por um mecanismo de adaptação e, com o passar do tempo, essa hipertrofia pode favorecer a evolução para uma insuficiência cardíaca.

O tratamento farmacológico da hipertensão arterial sistêmica pode, dentre alguns deles, acarretar efeitos colaterais no meio bucal, como hiperplasia gengival, xerostomia e sangramento excessivo nos procedimentos cirúrgicos. Além disso, a terapia diversificada usada no tratamento dessa doença pode interferir direta ou indiretamente nos procedimentos odontológicos, em virtude das interações medicamentosas, indução da hipotensão postural e alteração de humor. Os medicamentos mais empregados são os betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, agentes poupadores de potássio, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores alfa-adrenérgicos e diuréticos, sendo que a maioria dos pacientes necessitará de duas ou mais medicações para o controle da pressão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É definida como a elevação persistente dos níveis da pressão arterial sanguínea em valores iguais ou acima de 140/90 mm Hg. Estima-se que atinja 22% da população brasileira acima de 20 anos, sendo responsável pela maioria dos casos de acidentes vasculares encefálicos e infarto agudo do miocárdio.

Transplante cardíaco

A atuação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do transplante cardíaco é necessária para a manutenção da saúde bucal e erradicação de possíveis focos infecciosos capazes de provocar lesões tanto ao transplante cardíaco como eventuais infecções após o transplante.

Recomendam-se algumas condutas a ser feitas previamente ao transplante: a) realizar uma anamnese minuciosa com um exame clínico e físico metódico; b) sempre que necessário, solicitar exames radiográficos e laboratoriais; c) instituir medidas efetivas para o controle do biofilme dental e do cálculo supra/subgengival; d) controlar a atividade de doença periodontal; orientar e capacitar a enfermagem quanto aos procedimentos de higiene bucal e possível complementação com substâncias antimicrobianas; e) extrair raízes residuais e/ou dentes com prognóstico duvidoso; f) eliminar focos potenciais de infecção aguda ou crônica, incluindo terceiros molares semierupcionados; realizar

profilaxia antibiótica conforme o protocolo da American Heart Association (AHA) nos casos com risco de endocardite infecciosa; g) orientar paciente, familiares e equipe de enfermagem quanto aos cuidados bucais.

Nos primeiros seis meses após o transplante, há a necessidade de um monitoramento periódico, prevenindo o aparecimento de novos focos infecciosos, visto que, nesse período, para evitar a rejeição do órgão transplantado, o paciente fará uso de imunossupressores mais vigorosos, o que o torna mais propenso a desenvolver infecções oportunistas.

Dentre os problemas de origem odontológica mais prevalentes, estão: candidíase, língua saburrosa, herpes simples, língua fissurada, hiperplasia gengival, xerostomia e doenças linfoproliferativas, podendo evoluir para um linfoma.

Na fase de estabilidade pós-transplante, após os seis primeiros meses, é o período ideal para o retorno dos tratamentos odontológicos que não puderam ser realizados. O cirurgião-dentista deve solicitar uma avaliação do paciente constando o estado geral de saúde, devendo incluir um novo exame dos tecidos moles e duros, associado ao reforço dos cuidados básicos de higienização bucal, para evitar a instalação de novos processos infecciosos.

A American Academy of Periodontology propõe ainda a preconização da administração local ou sistêmica de antimicrobianos, para que não ocorram infecções oportunistas. Alguns cuidados devem ser implementados em relação à hemostasia, pois, na maioria das vezes, anticoagulantes são administrados aos pacientes transplantados. Ao realizar procedimentos cirúrgicos mais invasivos, o tempo de protrombina deve ser verificado um dia antes da cirurgia odontológica, e o uso de medicamentos ou técnicas hemostáticas também pode-se tornar necessário.

Embora os riscos anestésicos e cirúrgicos venham diminuindo muito nas últimas décadas, ainda ocorrem complicações no pré-operatório de pacientes com doença cardíaca valvar, submetidos aos procedimentos cirúrgicos odontológicos: descompensação da insuficiência cardíaca, podendo chegar até ao choque cardiogênico, infarto agudo do miocárdio, fenômenos tromboembólicos, arritmias e infecções.

O paciente submetido à cirurgia cardíaca necessita de cuidados e exímio planejamento antes do tratamento odontológico, tanto pelo risco do desenvolvimento de endocardite infecciosa quanto pelo risco secundário da administração de anestésicos locais e anticoagulantes orais.

Portadores de cardiopatias, valvares ou congênitas, expostos a bacteremias tornam-se predispostos à endocardite infecciosa (EI), uma doença bastante

grave, com alta taxa de mortalidade e morbidade e de custos hospitalares elevados.

A presença do cirurgião-dentista nos cuidados pré-operatórios de pacientes que serão submetidos à cirurgia cardíaca é indispensável. Torna-se obrigatório conhecer as anormalidades cardíacas e avaliar a necessidade do uso profilático de antibiótico para remoção desses possíveis focos de infecção de acordo com as recomendações da American Heart Association.

O exame odontológico deve atentar, especificamente, para detectar qualquer infecção aguda ou subaguda, como abscessos, fístulas, raízes residuais, periapicopatias e doenças periodontais ativas que aumentam as chances de bacteremia passageira, podendo provocar endocardite infecciosa no paciente suscetível e que ainda possam atrapalhar o pós-operatório do paciente.

Em indivíduos saudáveis, a bacteremia não causa, de modo geral, efeitos negativos, contudo, as consequências podem ser drásticas em doentes imunocomprometidos ou valvulopatas ou, ainda, em portadores de próteses cardíacas.

Segundo uma reportagem conjunta da American Heart Association e American Dental Association, os vasoconstritores não são contraindicados a pessoas com doença cardíaca controlada, desde que se tomem cuidados especiais, tais como: estudar as patologias do paciente, saber selecionar o sal anestésico e o vasoconstritor, optar e realizar com mestria as técnicas anestésicas e não ultrapassar doses máximas recomendadas. A quantidade de vasopressor é tão pequena e seus efeitos são tão benéficos, no sentido do controle da dor e de se evitar a adrenalina endógena. O emprego da adrenalina em especialidades médicas é usado para comprometimento sistêmico e, por isso, sua dose é 0,5 a 1,0 mg, enquanto um tubete anestésico com adrenalina a 1:100.000 contém apenas 0,018 mg e sua finalidade é local.

Situações de estresse, dor e tensão, o que é muito característico nos pacientes cardiopatas em UTI, podem produzir uma quantidade de adrenalina endógena maior que a administrada na anestesia local odontológica, quando a dosagem correta é respeitada. A dor é o principal fator responsável pelo estresse cirúrgico, logo a anestesia local deve ser bem realizada para que o paciente não sinta dor. Quando isso ocorre, a secreção de epinefrina e norepinefrina pelas glândulas adrenais pode aumentar cerca de 40 vezes, se comparada aos níveis basais, com o indivíduo em repouso, podendo levar a níveis pressóricos aumentados, mesmo no paciente com controle adequado prévio por meio de medicamentos. Assim, se o paciente estiver apto a tolerar o estresse do procedimento odontológico poderá receber anestesia local com vasoconstritor.

Sobretudo para o paciente com história de angina ou infarto agudo do miocárdio prévio, todo esforço deve ser empenhado para diminuir o estresse, por meio de uma anestesia eficiente e profunda para os procedimentos odontológicos. O cirurgião-dentista deve prescrever o uso de sedativos antes dos procedimentos odontológicos a esses pacientes, sempre que necessário. A prescrição de ansiolíticos (benzodiazepínico na véspera à noite e 1 hora antes do procedimento) ajuda no conforto e na estabilidade do paciente. A monitoração da pressão arterial e da frequência cardíaca deverá ser realizada antes, durante e nos 30 minutos seguintes após o procedimento.

O anestésico administrado em indivíduos com arritmias severas e descompensadas não deverá conter epinefrina. Além disso, a administração dos anestésicos deverá ser feita de maneira lenta e gradual, após aspiração inicial, evitando-se injeções intravasculares. Quando houver uma contraindicação absoluta do uso de vasoconstritores, pode-se optar pelas soluções anestésicas à base de mepivacaína 3% sem vasoconstritor, que proporcionam uma anestesia pulpar de até 20 minutos nas injeções infiltrativas e, nos bloqueios regionais, de até 30 a 40 minutos.

São condições cardiovasculares nas quais não é recomendado o uso de soluções anestésicas com epinefrina:

1. pacientes hipertensos com níveis pressóricos maiores do que 160 mm Hg e 100 mm Hg, para a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente;
2. história recente de infarto agudo do miocárdio ou de cirurgia de ponte de artéria coronária;
3. angina de peito instável (história de dor no peito ao mínimo esforço);
4. certos tipos de arritmias cardíacas, apesar do tratamento adequado;
5. insuficiência cardíaca congestiva não tratada ou não controlada.

O plano de tratamento odontológico deve ter como enfoque principal o atendimento multidisciplinar dos pacientes cardiopatas por meio de uma estreita relação de troca de informações entre o cardiologista e o cirurgião-dentista.

Odontologia na neurologia e psiquiatria

Devem ser avaliados e assistidos pela equipe de Odontologia Hospitalar:

- Pacientes psiquiátricos com doenças sistêmicas graves associadas;
- Doença psiquiátrica aguda que requerem internação imediata;
- Pacientes com patologias psiquiátricas que requeiram controle rigoroso farmacológico, devido às instabilidades comportamentais afetadas pelas interações e efeitos adversos dos medicamentos utilizados;
- Pacientes com transtornos mentais, tais como: transtornos factícios, comportamento manipulador, comportamento de autoinjúria e transtornos alimentares, enquanto requererem acompanhamento multidisciplinar em hospital de alta complexidade;
- Pacientes com dores orofaciais crônicas que requeiram investigação diagnóstica multidisciplinar;
- Pacientes com deficiência mental isolada ou associada a epilepsia ou síndromes, autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, fobias e transtornos de humor e ansiedade que não colaboram com as técnicas de condicionamento comportamental e que apresentam a necessidade de várias sessões para a conclusão do tratamento odontológico, e pela complexidade de alguns procedimentos a depender também de sua condição sistêmica, opta-se pela sedação e ou anestesia geral.

As indicações da anestesia geral em pacientes com deficiência baseiam-se em 3 fatores fundamentais:

- Condições clínicas: pacientes com comprometimento físico, neuropsicomotor ou deficiente mental severos;
- Condição bucal: tratamento odontológico extenso, procedimentos invasivos complexos, extrações múltiplas;
- Condições comportamentais: pacientes ansiosos, com fobias, não cooperativos por problemas cognitivos ou psiquiátricos severos, transtornos de desenvolvimento (autismo).

Deve-se considerar sempre o contexto de vida familiar e social para elaboração de um plano de tratamento seguro e efetivo visando à recuperação da saúde bucal e melhora da saúde sistêmica, bem como da qualidade de vida, pois estes pacientes possuem necessidades de tratamento odontológico acumuladas pela dificuldade de acesso aos serviços especializados e à demanda reprimida nos serviços públicos que realizam essa assistência especializada.

Odontologia na pediatria hospitalar

São várias as situações que exigem a atuação do cirurgião-dentista em abordagens odontológicas em crianças no ambiente hospitalar. Especialmente as crianças com deficiência (PCD) que não permitem uma aproximação adequada no consultório odontológico devido a dificuldades no manejo comportamental. Deficiências motoras e intelectuais graves, alterações sistêmicas severas, síndromes e malformações genéticas com manifestações bucais, são algumas das condições que indicam o tratamento em hospital, por garantir a segurança de execução dos procedimentos com qualidade e monitoramento da condição clínica.

A Lei n. 13002/2014 torna obrigatória a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os hospitais e maternidades do Brasil, a fim de diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua presa que podem comprometer as funções de sugar, engolir e falar. Este protocolo é dividido em história clínica, avaliação anátomo-funcional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva com escores de 0 a 25 pontos. Se a soma total dos escores da avaliação anátomo-funcional do protocolo for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e orientar a família sobre a necessidade da cirurgia de liberação dele. Esta avaliação inicial permite diagnosticar os casos mais severos e indicar a frenotomia lingual realizado pelo cirurgião-dentista habilitado, ainda na maternidade, para não comprometer a amamentação e/ou o desmame precoce do bebê.

Odontologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O atendimento odontológico a pacientes hospitalizados portadores de enfermidades sistêmicas contribui efetivamente para sua recuperação. A atuação da odontologia hospitalar na manutenção da saúde bucal dos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) melhora o quadro sistêmico do paciente, diminuindo a proliferação de fungos e bactérias e consequentes infecções que representam risco para a saúde do paciente.

Os pacientes hospitalizados portadores de afecções sistêmicas muitas vezes se encontram totalmente dependentes de cuidados, portanto, impossibilitados de

manter uma higienização bucal adequada, necessitando do suporte de profissionais da saúde para esta e outros tipos de tarefas. A aquisição e manutenção da saúde bucal, além de uma maior integração da odontologia e da medicina visando ao tratamento global dos pacientes se fazem necessárias em virtude da interferência direta da recuperação total do paciente.

Apesar da importância dos cuidados com higiene bucal em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva, estudos e revisões sistemáticas mostram que esta prática ainda é negligenciada. A presença de biofilme microbiano na boca pode influenciar as terapêuticas médicas, devido aos fatores de virulência dos micro-organismos que nela se encontram, os quais podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como a doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões em mucosas, dentes fraturados ou infectados, traumas provocados por próteses fixas ou removíveis que podem trazer ao paciente repercussões na sua condição sistêmica. Para estas condições serem adequadamente tratadas, faz-se necessária a presença de um cirurgião-dentista em âmbito hospitalar como suporte no diagnóstico de tais alterações e como coadjuvante na terapêutica médica, seja na atuação em procedimentos emergenciais e/ou preventivos e curativos.

A literatura tem demonstrado, de maneira clara e incisiva, a influência da condição bucal na evolução do quadro dos pacientes internados. A avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exige o acompanhamento e intervenção do cirurgião-dentista, dentro das possibilidades, no controle do biofilme microbiano, da doença periodontal, na eliminação de cáries, diagnóstico de lesões bucais provenientes de infecções virais e fúngicas sistêmicas, de lesões traumáticas e de outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados. Uma das formas de se evitar as lesões bucais ocasionadas por doenças sistêmicas ou traumas, é o uso de protetores bucais, constituídos de material de fácil manipulação e adaptação, podendo ser removidos e inseridos na mesma posição e passível de higienização, afastando e protegendo os tecidos bucais da região dentária e de trauma.

Sabe-se que os cuidados bucais, quando realizados adequadamente, reduzem o aparecimento de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica nos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. A participação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar é de fundamental importância para a terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados.

A presença de um cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva, além de diminuir os vários tipos de infecções, reduz custos, tempo de internação e uso de antibióticos.

Apresentamos neste manual um anexo referente a modelo de AUTORIZAÇÃO para realização de procedimentos odontológicos na UTI.

Atribuições do cirurgião-dentista intensivista

- Identificar a doença primária e verificar o estado geral do paciente para estabelecer o protocolo odontológico;
- Diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam colaborar para manutenção ou piora de distúrbios sistêmicos graves;
- Adequação do meio bucal, removendo focos de infecções;
- Diagnóstico e tratamento de lesões bucais e auxílio no tratamento de manifestações bucais oriundas de doenças sistêmicas;
- Determinar a condição de saúde bucal no momento da internação (presença de lesões cáries e nível de doença periodontal);
- Controle de biofilme;
- Realizar o diagnóstico e o tratamento de infecções odontogênicas;
- Tratamento/remoção de fatores de retenção de placa que apresentem potencial de infecção, como raízes residuais, lesões de cárie abertas, restaurações e dentes fraturados que apresentem bordas cortantes, dentes com mobilidade acentuada, aparelhos ortodônticos fixos e próteses fixas e removíveis totais ou parciais insatisfatórias;
- Laserterapia em lesões de tecidos moles e duros da cavidade oral;
- Exodontia em casos de abscessos intraósseos de origem endodôntica;
- Drenagem de abscesso, através de incisão em ponto de flutuação;
- Moldagem e confecção de placas interoclusais para a proteção de dentes e mucosas;
- Realização de citologia esfoliativa/ biópsias;
- Capacitação e supervisão de equipes auxiliares para manutenção da saúde oral em pacientes internados motivando a higienização bucal com métodos mecânicos (escovação dentária, lingual e uso adequado do fio dental);
- Indicar técnicas especiais de profilaxia dentária e periodontal;
- Indicar e orientar o uso correto de enxaguatórios para remoção de biofilme microbiano e umidificação das mucosas com saliva artificial, se necessário;
- Realizar constante inspeção da boca e estruturas associadas;

- Elaboração de protocolos do tipo Procedimento Operacional Padrão (POP)
- Proporcionar conforto e assistência ao paciente.

Laserterapia na odontologia para pacientes oncológicos

Nas últimas décadas, o avanço da tecnologia tem propiciado o surgimento de novos equipamentos utilizados nas áreas de diagnóstico e terapêutica.

A palavra LASER é um acrônimo e revela seu próprio significado, (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation), referindo-se à amplificação da luz por emissão estimulada de radiação.

De maneira geral, aparelhos a laser podem ser classificados em duas famílias, conforme sua potência e sua ação nos tecidos, como: laser de baixa intensidade de energia com propósito terapêutico (muito utilizado em odontologia) e laser de alta intensidade de energia sendo principalmente utilizados em cirurgias por apresentar potencial de corte. Pesquisas também têm demonstrado a utilização do laser em baixa intensidade promovendo prevenção e recuperação mais rápida e menos dolorosa das sequelas do tratamento oncológico.

A tendência da odontologia é a incorporação de métodos menos invasivos com a finalidade de minimizar a dor e o desconforto durante e após as intervenções médico-odontológicas. Por isso, acredita-se que a laserterapia seja uma excelente opção de tratamento, já que apresenta múltiplos efeitos benéficos para os tecidos irradiados, como ativação da microcirculação, produção de novos capilares, efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, além de estímulo ao crescimento e à cicatrização. Este procedimento garante ao paciente a possibilidade de poder se alimentar corretamente e de melhorar sua condição geral, que é fundamental para o sucesso do tratamento oncológico.

Uma vez avaliados os parâmetros físicos e biológicos para seu emprego, a laserterapia oferece muitos benefícios tanto relacionados com o tratamento da doença quanto à melhora do estado geral do paciente. Nesse sentido, os benefícios da laserterapia na odontologia para pacientes oncológicos, constitui-se em um tratamento essencial na prevenção e tratamento da mucosite oral podendo ser utilizada isoladamente ou associada ao tratamento medicamentoso. Pode-se destacar o câncer de cabeça e pescoço compreendendo todos os tumores de lábio, cavidades oral e nasal, faringe, até a laringe e ouvido médio. É o terceiro tumor mais prevalente mundialmente e representa 7% dos 22,4 milhões de indivíduos com o diagnóstico de câncer, excluindo o câncer de pele

(não melanoma).

Os tratamentos utilizados para esta enfermidade envolvem três modalidades: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que podem ser administrados de forma exclusiva ou simultaneamente. Na maior parte das vezes, a terapêutica não diferencia as células tumorais, que se dividem rapidamente das células normais. Consequentemente, tanto a quimioterapia como a radioterapia produzem, com frequência, vários efeitos colaterais que se manifestam na cavidade oral, como cáries cervicais, xerostomia, disgeusia, infecções secundárias, osteorradionecrose, trismo e principalmente a mucosite.

A mucosite oral é a consequência mais comum do tratamento contra o câncer. É encontrada em aproximadamente 40% dos pacientes que são submetidos a quimioterapia e em quase 100% dos pacientes submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço, apresentando-se em graus variáveis, além de ser a complicação mais comum em pacientes submetidos a transplante de medula óssea.

Caracteriza-se por condição inflamatória da mucosa que se manifesta na mucosa do trato gastrointestinal e da cavidade oral, através de eritema, ulceração, hemorragia, edema e dor. Além da importante sintomatologia, as ulcerações aumentam o risco de infecção local e sistêmica, e comprometem a função oral.

Além disso, as lesões de mucosite oral podem induzir a uma dor severa que necessite da administração de analgésicos opioides e coincidir com a fase de neutropenia e trombocitopenia, aumentando o risco de infecções e hemorragias orais.

Muitas vezes, em decorrência de sua morbidade, o tratamento antineoplásico sofre alteração ou é suspenso, interferindo, consequentemente, no controle da doença e na sobrevida do paciente.

Deste modo, a laserterapia se estabelece como uma ferramenta terapêutica essencial na prevenção e tratamento da mucosite oral. Sua aplicação é simples, atraumática, de baixo custo e pode ser empregada isoladamente, integrada ou como auxiliar ao tratamento medicamentoso da mucosite.

Odontologia nos Cuidados Paliativos

A odontologia é uma área de atuação em cuidados paliativos com foco nos pacientes com doença progressiva ou avançada cujos sintomas comprometem a cavidade bucal direta ou indiretamente. O objetivo principal é proporcionar melhoria na qualidade de vida aos pacientes, uma vez que a cavidade bucal frequentemente é o primeiro sítio a apresentar dor e perda de função.

Indivíduos acometidos por uma doença que ameaça a vida tem direito a assistência integral à saúde, com objetivo de controlar seus sofrimentos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, conferindo a essas pessoas uma vida com

melhor qualidade e dignidade.

Os pacientes em cuidados paliativos requerem atenção odontológica especial que incluem desde cuidados preventivos até procedimentos operatórios, proporcionando alívio de sofrimento e melhor qualidade de vida.

O cirurgião-dentista atua principalmente nos cuidados de conforto, cuidados odontológicos principais, tais como:

- Alívio das dores orofaciais;
- Prevenção e tratamento dos focos infecciosos oportunistas;
- Controle de quadros de sangramento bucal; readaptação e conserto de próteses dentárias que podem estar frouxas ou defeituosas;
- Prevenção e alívio nos efeitos da radioterapia e quimioterapia e controle da halitose e das alterações de saliva, entre outros.

O cirurgião-dentista tem como responsabilidade oferecer um tratamento bucal minucioso, evitando, assim, que esses pacientes apresentem comprometimento nutricional, contribuir para uma boca saudável livre de infecções e atuar com foco na sobrevida com qualidade. Deve ser realizada instrução de higiene bucal detalhada com a utilização de escovas dentais macias, para que não ocorra nenhuma agressão aos tecidos bucais a fim de controlar de forma efetiva o surgimento de biofilme bucal e, conseqüentemente, doenças e infecções.

Referências Bibliográficas

- 1- Andrade, E.D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 3ª edição, Artes Médicas, São Paulo, 2014.
- 2- Andrade, E.D. Ranali J. Emergências médicas em Odontologia. 3a ed., São Paulo: Artes Médicas, 2011. p 113-7.
- 3- Andrade, E.D., Volpato, M.C. Parte III – Anestesia local e uso de medicamentos no atendimento de pacientes que requerem cuidados adicionais: Portadores de doenças cardiovasculares. In: Andrade, E.D. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 3a ed., São Paulo: Artes Médicas, 2014. p.175-91.
- 4- Azarpazhooh, A., Leake, J.L. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. J Periodontol. 2006; 77(9):1465-82.
- 5- Bartova, J., Sommerova, P., Lyuya-Mi, Y., Mysak, D., J., Janatova, T., Podzimek, S. Periodontitis as a Risk Factor of Atherosclerosis. J Immunology Res.;Published online 2014.
- 6- Bavitz, J.B. Dental management of patients with hypertension. Dent Clin North Am

2006; 50(4):547-62.

7- Beck, J.D., Garcia, R., Heiss, G., et al. Periodontal disease and cardiovascular disease. *Journal of Periodontology*.1996; 67:1123–1137.

8- Bennett, C.R. M. Anestesia local e controle da dor na prática dentária. 7a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

3. Blum, D.F., Silva, J.A., Baeder, F.M. A. A atuação da Odontologia em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Rev Bras. Ter Intensiva*. 2018; 30(3):327-332

9- Brandão, A.P., Brandão, A.A., Magalhães, M.E.C., Pozzan, R. Epidemiologia da hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2003; 13 (1):7-19.

10- Brasil. Lei n. 13.002, de 20 de Junho de 2014.

11- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2008.

12- Carvalho, R.G.D.M., Guilherme, S.G., Tura; L.F.R. Das hepatopatias e icterícias às hepatites virais: configuração de um caleidoscópio. *Rev. Saúde Pub.*, 2013; 47 (1):116-22.

13- Constantinides, F., Rizzo, R., Pascasio, L., Maglione, M. Managing patients taking novel oral anticoagulants in dentistry: a discussion paper on clinical implications. *BMC Oral Health*. 2016. 16:5.

14- De Stefano, F., et al. Dental disease and risk of coronary heart and mortality. *Br. Med. J.*, London. 1993; 306(3):688–691.

15- De Carli, J.P. et al. Líquen plano bucal como um marcador precoce de hepatite C –Revisão de literatura. *Odonto*. V. 19, n. 37, p.89-87, 2011.6.

16- Fischer, R.G. Doença periodontal e doenças cardiovasculares. In: Paiva, J.S., Almeida, R.V. *Periodontia: a atuação clínica baseada em evidências científica*. Volume 1. São Paulo. Ed. Artes Médicas LTDA; 2005; 285-294.

17- Gotsman, I., Lotan, C., Soskolne, W.A., et al. Periodontal destruction is association with coronary artery disease and periodontal infection with acute coronary syndrome. *J. Periodontol*. 2007; 78 (5):849-858.

18- Haddad, A.S., Napole, R.C.O., Cillo, J. Transtornos Psiquiátricos em Odontologia. In: *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Santos, 2007.p. 241-50.

19- Haraszthy, V.I., Zambon, J.J., Trevisan, M., Zeid, M., Genco, R.J. Identification of periodontal. Pathogens in atheromatous plaques. *J Perio-dontol* 2000; Oct; 71 (10): 1554-60.

20- Herman, W.W., Konzelman Jr. J.L, Prisant, L.M. Joint National Commit on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. New national guidelines on hypertension: a summary for dentistry. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(5):576-84.

21- Hietala, J.H. et al. Effect of the etiology and severity of liver disease on oral health and dental treatment prior to transplantation. *Transplant International European*

Society for Organ Transplantation, n. 25, p. 158-165, 2012.

22- Franco, J.B, Barquette, N.M., Jales, S.M.C.P, Zambon, C.E., Guardieiro, P.R., Matias, D.T., Ortogosa, M.V, Peres, M.P.S.M. Utilização de protetores bucais em pacientes internados na UTI: proposta de protocolo. Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med Santa Casa São Paulo. 2015; 60:85-90.

23- Usterer, L.E.F.L. Oral Diseases and Liver Pre and Post -Transplantation Disorders. Transplantation Technologies & Research, p. 2-4, 2011

24- Lamster, I.B., Lalla, E., Borgnakke, W.S., Taylor, G.W. The relationship between oral health and diabetes melito. JADA, 139:195, Oct, 2008.

25- Laurence, B., Mould-Millman, N.K., Scannapieco, F.A., Abron, A. Hospital admissions for pneumonia more likely with concomitant dental infections. Clin. Oral Investig. 2015; 19(6):1261-8.

26- Levenson, D., Veitz-Keenan, A. Dental Management of Liver Transplant Patient. The Little JW. The impact on dentistry of recent advances in the management of hypertension. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 2000; 90 (5):591-9.

27- Little, J.W. et al. Manejo Odontológico do paciente Clinicamente Comprometido. Rio de Janeiro: Elsevier, p.720, 2008.

28- Lockhart, P. B. et al. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does the Evidence Support an Independent Association: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, Dallas, v. 125, no. 20, p. 2520 - 2544, May 2012.

29- Macedo, A. F. et al. Manifestações orais e sistêmicas em crianças com doença hepática crônica. RGO. , v. 55, n. 4, p. 403 -406, 2007.

30- Malamed, S.F. Handbook of local anesthesia. 6a ed. St Louis: Elsevier, 2013.

31- Marchetti, E. Monaco, A., Procaccini, L., Mummolo, S., Gatto, R., Tete, S. et al. Periodontal disease: the influence of metabolic syndrome. Nutr. Metab. (Lond); 2012; 9 (1):88.

32- Medeiros, N.H., Neves, R.R.A., Amorim, J.N.C., Mendonça, S.M.S. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico – Revisão de Literatura. Rev Odontol Univ Cid. 2014;26(3) :232-42.

33- Mincis, M. Mincis, R. Álcool e o fígado. v. 30, n. 4, p. 152-162, 2011.

34- Moghadam, S. A., Shirzaei, M., Risbaf, S. The associations between periodontitis and respiratory disease. J. Nepal Health Res Council. 2017; 15 (35):1-6.

35- Barbosa, F. C. P. et al. Cuidados pré-operatórios em hepatopatas. Revista da Associação Médica Brasileira v. 56, n. 2, p. 222 -6, 2010.

36- Paraná, R., Schinoni, M. I. Implementation and Impact of HAV and HBV vaccination Programs in South America. Current Hepatitis Rep, v.12, p. 305 311,

37- Petersen, P.E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century –

- Implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2009; 37(1):1-8.
- 38- Almeida, R.F., Pinho, M.M., Lima, C.F.I., Santos, P., Bordalo, C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin. Geral* 2006; 22:379-90
- 39- Saleh, J, Figueiredo, M.A, Cherubini, K., Salum, F.G. Salivary hypo function: an update on etiology, diagnosis and therapeutics. *Arch Oral Biol*. 2015;60(2):242-55.
- 40- Santos, P.S.S; Soares, L.A.V. *Medicina Bucal: A Prática na Odontologia Hospitalar*, Santos , p.336, 2013.
- 41- Sannapieco, F.A. Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias. In: ROSE, L. E., GENCO, R. J., MEALY, B. L. et al. *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos, 2002; 8: 3-97. 14.
- 42- Tizo, J.M., Macedo, L.C. Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Rev. Uningá Review*. 2015; 24(1): 199-208.
- 43- Toledo, G., Cruz, I. A importância da higiene oral em Unidade de Terapia Intensiva como meio de prevenção de infecção nasocomial - Revisão Sistematizada da Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*. 2009; 2 (1).
- 44- Varelis, M.L.Z. e Colab. *Odontopediatria no Hospital - subcap. 1* In: *Odontologia Hospitalar*. 1ª Ed. Quintessence; São Paulo, 2018. Cap. 14
- 45- Varelis, M.L.Z. e Colab. *Pacientes Renais*. In: *Odontologia Hospitalar*. 1ª Ed. Quintessence; São Paulo, 2018. Cap. 21.
- 46- Varelis, M.L.Z. e Colab. *Assistência Odontológica Hospitalar a Pessoas com Transtornos Psíquicos*. In: *Odontologia Hospitalar*. 1ª Ed. Quintessence; São Paulo, 2018. Cap. 25.
- 47- Varelis, M.L.Z. e Colab. *Doenças Endócrino-Metabólicas - Diabetes Mellitus*. In: *Odontologia Hospitalar*. 1ª Ed. Quintessence; São Paulo, 2018. Cap. 20.
- 48- Varelis, M.L.Z. *Alterações Psíquicas. O paciente com necessidades especiais na odontologia: manual prático*. São Paulo: Santos, 2005. p. 331-52.
- 49- Vieira, E.M.M., GASPARI, A.J.Z. Atuação do dentista na UTI. <https://hmsm.com.br/dentista-na-UTI/2019>
- 50- Waterson, C., Beacher, N. Preventing perioperative bleeding in patients with inherited bleeding disorders. *Evid Based Dent*. 2017; 18(1):28-9.
- 51- Zardetto, C.G.D.C., Takaoka, L.A.M.V., Moraes, T.M.N.. *Odontopediatria em ambiente Hospitalar*. In: Coutinho, L. Bonecker, M.S. *Odontopediatria para o Pediatra*. São Paulo: Ateneu; 2013. p. 479-90.

ANEXO

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO

Eu, _____,
CPF _____, na condição de responsável pelo
cliente _____, que se encontra internado
na UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, venho, por meio desta, autorizar a
realização de procedimento odontológico (_____
_____), após discussão e anuência da equipe multidisciplinar.

Justificativa:

Assim, firmo o presente termo.

Assinatura do responsável

Cirurgião-dentista - CRO XXXX

Cuiabá, ____/____/____.

Handwriting practice lines consisting of 24 horizontal lines.



Rua 5, Q. 12, Lt. 7, St. A
Centro Político Administrativo - Cuiabá/MT - CEP: 78600-000
0800 723 2519