



**MANUAL DE
ODONTOLOGIA
HOSPITALAR**



**CÂMARA TÉCNICA DE
ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ

Av. Manoel Ribas, 2281 - Mercês
CEP: 82810-002 - Fone: (41) 3025-9500
Segunda a sexta: 8h30 às 17h30
www.cropr.org.br



**MANUAL DE
ODONTOLOGIA
HOSPITALAR**



**CÂMARA TÉCNICA DE
ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

COLABORADORES AUTORES:

Dr André Vieira

Dr Calixto Eduardo Hakim

Dra Fernanda Pavan Corrêa

Dra Gilce Costa

Dra Lilian Aparecida Pasetti

Dra Marli Schmitt Walker

Dra Nancy Marinho Barros

Dra Rosângela Pironti de Castro

REVISÃO GERAL: Lilian Aparecida Pasetti

ELABORAÇÃO: Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar – CRO-PR

SUMÁRIO

MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Odontologia hospitalar - Justificativas	06
Introdução	10
Paciente com necessidades especiais	12
Odontologia durante a gravidez	13
Pacientes Oncológicos	15
Campo de atuação do cirurgião-dentista	15
Hematologia na Odontologia	16
Odontologia no Diabético	17
Odontologia no Paciente com Hipotireoidismo.	18
Odontologia no Paciente com Hipertireoidismo	19
Odontologia e a Nefrologia	20
Odontologia e a Neurologia	21
Odontologia e Hepatologia	23
Cuidados Paliativos na Odontologia Hospitalar	25
Odontologia em Pacientes Cardiopatas	27
Odontologia em Pacientes Críticos Cardíacos	28
Odontologia na Unidade de Terapia Intensiva	29

ODONTOLOGIA HOSPITALAR JUSTIFICATIVAS

Existem diversas situações clínicas que exigem a presença de um Cirurgião-Dentista de formação clínica nos Hospitais, tanto para pacientes adultos como para pediátricos.

O atendimento clínico dos pacientes pediátricos em hospital, principalmente nas fases iniciais de vida, necessita de procedimentos diferenciados e os profissionais atuantes na odontologia hospitalar, estão aptos a utilizarem técnicas e materiais que facilitem ou até mesmo, que viabilize o atendimento de crianças, diminuindo o desconforto físico e mental. Além disso a prevenção, fundamento básico da odontologia e medicina modernas, de uma forma geral é negligenciada na rotina hospitalar, muitas vezes em virtude de políticas e modelos curativos adotados e vigentes em muitas cidades. Sendo que a atuação da odontologia, deve começar desde o acompanhamento da gestante, melhorando sua condição bucal e removendo fatores que podem ser de risco não somente à mãe, como para o feto.

No setor público a necessidade do Cirurgião-Dentista nos hospitais já foi reconhecida através da publicação da Portaria 1.032/2010 pelo Ministério da Saúde e a Resolução RDC nº7 da ANVISA.

A Portaria 1.032 publicada no Diário Oficial no dia 5 de junho de 2010, insere procedimentos odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, órteses e Prótese, Materiais Especiais do SUS, para atendimento aos pacientes com necessidades especiais em hospitais. A publicação desta portaria para adoção destas medidas, faz parte da Política Nacional de Saúde Bucal do governo federal, que constitui uma série de ações que têm por objetivo garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS, passam a receber repasse financeiro para a realização de procedimentos odontológicos da atenção primária e secundária em ambiente hospitalar.

No âmbito da Assistência hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção.

Ainda em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de rede estadual/regional de Atenção por meio de unidades de assistência e centros de referência. Outra ação foi a necessidade da atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

· Resolução-RDC Nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010, que se aplica a todas as UTIs gerais do país, onde são estabelecidos padrões mínimos para seu funcionamento com o objetivo de reduzir riscos aos pacientes, aos profissionais, aos visitantes e até ao meio ambiente; no Capítulo II, Seção IV, Artigo 18, a assistência odontológica está relacionada entre os recursos assistenciais à beira do leito que devem ser garantidos aos pacientes; o Artigo 23 estabelece a integração da assistência odontológica com as demais atividades assistenciais prestadas, devendo participar das discussões em conjunto com a equipe multiprofissional da UTI subentendendo-se, deste modo, que o dentista faça parte dessa equipe.

· O Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, mais precisamente em bloco cirúrgico. Esta Portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores de saúde e um determinado grupo populacional.

· Nota Técnica Nº 1 de 2014 que versa sobre Registro de procedimento odontológico realizado em Ambiente Hospitalar. No que se refere à Atenção Terciária, a partir de janeiro de 2014, todos os procedimentos odontológicos realizados em Ambiente Hospitalar poderão ser registrados e informados através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) independente do motivo que gerou a internação, e não mais apenas os realizados em Pacientes com Necessidades Especiais (definido na Portaria Nº 1.032/GM de 05/05/2010).

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras. É importante destacar que pacientes com necessidades especiais têm conceito e classificação amplos, que abrangem situações as quais requerem atenção odontológica diferenciada. Até a publicação da portaria, as Unidades Básicas e/ou os Centros de Especialidades Odontológicas tinham muita dificuldade para encaminhar pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo para atendimento hospitalar sob anestesia geral, e os hospitais e profissionais não tinham como registrar o procedimento e nem recebiam pela prestação do serviço.

Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para a SUS passaram a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar. Mediante o exposto, já se observa os indícios da normatização da Odontologia Clínica em Ambiente Hospitalar.

Desta forma, temos a inserção da Odontologia nos programas de saúde do Governo Federal como o “Viver sem Limites” com a adesão do CEO na Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência, Rede Cegonha com a atenção odontológica a gestante de alto risco, e assim por diante. Seguindo o mesmo

rumo, o atendimento em ambiente hospitalar se insere na política de atendimento a pacientes com necessidades especiais.

O momento atual vivencia a construção de normativas que nos possibilitam vislumbrar a Odontologia no meio hospitalar, como RDC7, a portaria GM/MS nº 1.032 e a Nota Técnica Nº 1 de 2014, supracitados, sendo normativas que abrem possibilidades para que se trabalhe a Odontologia em novo prisma dentro das instituições com a liberação, no Código Brasileiro de Ocupações, dos procedimentos sob responsabilidade do odontólogo.

Podemos incluir nesta necessidade de atendimento odontológico, pacientes nas seguintes condições:

- Pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tanto para procedimentos preventivos e terapêuticos odontológicos, em rotinas e protocolos com as equipes que trabalham em caráter efetivo nesta unidade;
- Pacientes com doenças mentais, disfunções neurológicas com limitações motoras e cognitivas, impossibilitados de atendimento odontológico ambulatorial, e que devem ser acompanhados enquanto internados pelo alto risco de bronco-aspiração;
- Pacientes com discrasias sanguíneas que requerem o acompanhamento médico e monitorização constante;
- Pacientes que realizam transfusões de componentes sanguíneos constantemente como: hematológicos, hepatopatas, oncológicos;
- Pacientes usuários de anticoagulantes e/ou antiagregantes V.O. de uso contínuo;
- Pacientes cujo controle de doenças bucais é considerado relevante para auxiliar no controle e estabilização do quadro geral de saúde durante seu internamento e tratamento de doença base, como: oncológicos (pré, trans e pós utilização de quimioterápicos e radioterapia), cardiopatas, nefropatas (incluindo os que estão em diálise), transplantados, da clínica e cirurgia médica geral, da pneumologia entre outros;
- Pacientes com necessidade de submeterem-se a cirurgias de face, pela CTBMF, otorrinolaringologia, cabeça e pescoço, plástica, e demais especialidades;
- Pacientes crônicos como por exemplo os diabéticos;
- Pacientes com doenças autoimunes, adquiridas ou não.

A odontologia Hospitalar vem de encontro às necessidades da equipe multiprofissional, muito atuantes e cada vez mais visível dentro da rede hospitalar. De acordo com os artigos 18, 19 e 20 do Código de Ética Odontológica, compete ao Cirurgião-Dentista internar, bem como assistir pacientes em hospitais públicos, privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições e as normas do Conselho Federal de Odontologia. Além disso, temos as resoluções do próprio CFO – 162 e 163/2015 – que tratam do exercício do profissional em âmbito hospitalar, em consonância com normativas já existentes.

O assunto é sério, a responsabilidade é grande e exige preparação adequada para que. De fato, haja benefício para o paciente.

De forma geral podemos contatar que nos hospitais, os cuidados com a saúde bucal dos indivíduos hospitalizados, culturalmente são negligenciados em função do seu estado geral, sua grande debilitação e principalmente, em função da carência educacional em relação às atitudes preventivas e procedimentos básicos odontológicos, para manutenção da saúde, justamente quando estes sejam mais necessários, e quando a pessoa mais precisa.

Baseados nestas observações e em estudos realizados em municípios brasileiros, se faz necessária a maior aproximação da classe odontológica ao ambiente hospitalar, num projeto de integração profissional, a fim de minimizar o risco e a atividade das doenças bucais como: lesões fúngicas, virais, bacterianas, como da própria cárie e doenças periodontais. Como também melhorar a qualidade do paciente, e a utilização das instalações hospitalares, já que a literatura também demonstra que a atuação da odontologia melhora não somente a qualidade assistencial e de vida do paciente internado, mas também diminui tempo de internamento, custos gerados pelo paciente e até de óbitos nas unidades hospitalares.

Muitas doenças sistêmicas e seus tratamentos podem reduzir a resistência, como também pode afetar direta ou indiretamente esta condição de equilíbrio bucal, como os anticolinérgicos. Em termos gerais, mas de 100 medicamentos atualmente registrados no Brasíndice e de uso comum aos pacientes brasileiros, possuem como efeito colateral a redução do fluxo salivar. Levando em consideração que a condição de internamento o priva de um convívio social, mais a debilitação física, gerando nesta combinação um forte impacto em sua vida, o trabalho eficiente, e humanizado das equipes multidisciplinares, tende a favorecer a superação destas dificuldades. Incluir efetivamente o cirurgião-dentista como promotor de saúde em um programa protocolar, formal e estabelecido na rotina hospitalar, com vistas a este favorecimento, é a maneira mais adequada, simples, acessível e efetiva na manutenção das boas práticas assistências, mas como elemento considerado primordial na qualidade de vida.

Como agentes públicos executores das políticas em saúde e prestadores de serviços em saúde, cabe-nos trazer a luz a importância da implementação de Serviços em Odontologia Hospitalar. Além disso, é imprescindível o olhar analítico sobre o processo da regulação dos pacientes, de modo a favorecer o cuidado da cavidade bucal. Neste contexto, certos de que um dos direitos do cidadão, o exercício da cidadania, está associado à manutenção das funções de mastigação, fala, respiração e deglutição e, respeitando os princípios da integralidade, equidade e universalidade, os órgãos públicos devem facilitar e normatizar a inclusão da Odontologia na atenção hospitalar; pois, a atuação da equipe odontológica comandada pelo cirurgião dentista é peça fundamental desta engrenagem.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, conhecido habitualmente como o espaço de atuação que remete diretamente à medicina e a enfermagem principalmente, acompanhando a evolução científica e tecnológica, tem apresentado um formato assistencial mais abrangente, envolvendo equipes multidisciplinares com o intuito de oferecer um cuidado mais holístico e humanizado, capaz de proporcionar maior conforto e efetividade, na prevenção, reabilitação e manutenção da saúde do indivíduo. De acordo com Godoi et al, 2009, o atendimento odontológico a pacientes hospitalizados portadores de enfermidades sistêmicas contribui efetivamente para a sua pronta recuperação, assim, o cirurgião dentista deve estar preparado para o atendimento em condições específicas e ambiente diferenciado, sempre buscando proporcionar melhores condições de saúde ao paciente.

Neste contexto de busca pela qualidade na assistência, a inclusão do cirurgião dentista nestas equipes, torna-se indispensável e o CRO/PR através de sua Câmara Técnica em Odontologia Hospitalar, criada em 2011 pela Portaria 218/2011 aceitou o desafio de, junto com as demais câmaras técnicas dos Conselhos Regionais de Odontologia do Brasil, discutir, pesquisar e sugerir medidas para o Conselho Federal de Odontologia, secretarias de estado e entidades representativas e relacionadas a regulamentação da atividade profissional, para, assim tornar realidade a inserção do Cirurgião dentista no ambiente hospitalar e instituições de saúde, de maneira que esta atuação possa ser eficaz, eficiente e efetiva.

Odontologia hospitalar pode ser definida como um conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, desenvolvidas em pacientes em ambiente hospitalar (internados ou não), ou em assistência domiciliar, em consonância com a missão do serviço hospitalar e inseridas no contexto de atuação da equipe multiprofissional.

O cirurgião dentista para atuar neste cenário deverá estar capacitado para trabalhar nestas equipes multiprofissionais, de forma interdisciplinar e transdisciplinar na promoção da saúde, na prestação de assistência odontológica aos pacientes em regime de internação, ambulatorial, domiciliar, urgência e emergência e pacientes críticos, atuando integrado aos diversos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Deve reconhecer as situações de emergência que colocam em risco a saúde e a vida de seus pacientes, instituindo medidas de pronto atendimento, bem como, realizar e estimular pesquisas que visem o desenvolvimento e uso de novas tecnologias, métodos e fármacos. Enfim, se inserir e atuar dinâmica do trabalho institucional do hospital, quer seja na esfera administrativo-gerencial ou da ordem do cuidado-curativo.

Em 2008, o deputado Neilton Mulim, apresentou na câmara dos deputados o Projeto de Lei nº 2776, que torna obrigatória a presença de cirurgiões-dentistas nas UTI. 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. Este encontra-se desde

05 de maio de 2016, pronto para deliberação do plenário do Senado.

O Código de Ética Odontológico (Resolução CFO-118/2012), em seus artigos 26, 27 e 28, regulamenta a atuação do cirurgião dentista em ambiente hospitalar, porém ainda precisa de complementação.

O Ministério da Saúde reconhece essa importância, por meio da Resolução Normativa nº 7/2010 da ANVISA, em vigor, desde o último dia 24 de fevereiro de 2013, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A resolução exige do Hospital uma UTI moderna e com equipes multidisciplinares de saúde amparando o paciente à beira do leito e prevê (Artigo 18) a presença do odontólogo, devidamente capacitado compondo equipes multidisciplinares intensivas.

No Paraná, temos a Lei 18120 - 25 de junho de 2014 - Diário Oficial nº. 9238 de 2 de julho de 2014, que torna obrigatória a prestação de assistência odontológica aos pacientes em hospitais gerais de médio e grande porte, porém esta norma carece de regulamentação para sua efetiva prática.

Considerando o acima exposto há ainda um grande desafio a ser vencido considerando a efetiva regulamentação desta área da odontologia.

Com o intuito de melhor esclarecer, a todos os envolvidos na atenção à saúde, desenvolveu-se este manual, buscando traduzir de maneira simples e objetiva aspectos e conhecimentos relacionados ao atendimento odontológico de pacientes em ambiente hospitalar.

Referências Bibliográficas:

1. ARANEGA, Alessandra Marcondes et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v.69, n.1, jun. 2012.

2. BRASIL. Constituição Federal de 05 de Outubro de 1988. Dispõe sobre o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos. Constituição da República Federativa do Brasil 1988; 05 out.

3. COSTA NM. Projeto de Lei nº 2776 de 13 de Fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Congresso Nacional 2008; 13 fev.

4. GODOI APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Hospital odontology in Brazil. A general vision. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(2): 105-9.

5. SOUSA, LVS; PEREIRA, AFV; SILVA, NBS. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. Rev. Ciênc. Saúde, São Luís, v.16, n.1, p.39-45, jan-jun, 2014.

PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

A Odontologia para pacientes especiais tem apresentado ao longo dos últimos 40 anos significativos avanços quanto à promoção e manutenção da saúde bucal. Dentre estes pode-se citar a mudança na tratativa dos mesmos, isto é, deixou-se de denominá-los como “excepcionais” para considerá-los pacientes com necessidades especiais.

A terminologia “Paciente com Necessidades Especiais” substituiu os termos “Portador de deficiência e excepcionais” objetivando a desmitificação de que pessoas apresentam deficiência como sinônimo de incapacidade de integração na sociedade. Hoje, suas limitações são respeitadas e na Odontologia estes pacientes são aqueles que têm uma doença ou situação clínica que necessitam de atendimento diferenciado.

Por paciente com necessidade especial compreendem-se “... aqueles indivíduos que apresentam doenças e ou condições que requerem atendimento diferenciado por apresentarem alterações mentais, físicas, orgânicas, sociais e ou comportamentais” (SANTOS e SABBAGH-HADDAD, 2003).

Dados do IBGE, no censo demográfico de 2010 revelam que 23,9% da população brasileira tem algum tipo de deficiência. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) considerou quatro tipos de deficiências: auditiva, visual, física/motora e intelectual.

Os estudos mostram que em 2010, 8,3% da população brasileira apresentava algum pelo menos um tipo de deficiência severa e quase a metade deste total têm grau intenso ou muito intenso de limitações.

Para fins de assistência odontológica, o Ministério da Saúde utiliza-se do conceito de paciente com necessidades especiais que é:

“Todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial” (Cadernos da Atenção Básica, 2004).

Com a perspectiva da participação social das pessoas com deficiência na sociedade, o modelo médico predominante na concepção da deficiência, até então, já não bastava para definir o amplo espectro da deficiência. Esta passa a ser compreendida, sob uma perspectiva social, como um problema criado e determinado socialmente que atribui as desvantagens individuais e coletivas das pessoas com deficiência principalmente à discriminação institucional, sugerindo que a solução para a incapacidade estaria na reestruturação da sociedade.

A classificação do paciente com necessidade especial em odontologia é dada segundo os comprometimentos e/ou áreas comprometidas pela patologia, presentes no paciente, sendo, portanto, classificados em: desvios de inteligência, defeitos físicos e congênitos, desvios comportamentais e psíquicos, deficiências sensoriais e de áudio comunicação, doenças sistêmicas crônicas e endócrino-

metabólicas, além de desvios sociais e estados fisiológicos especiais.

A atenção aos pacientes com necessidades especiais, portanto, deve ser realizado por um odontólogo, inserido em uma equipe multidisciplinar, engajada em programas de saúde que observem não só os aspectos ligados à deficiência em si, mas também os aspectos psicológicos que permeiam as inter-relações profissional deficiente-família, as condições de vida e o contexto social no qual o deficiente e seus familiares estão inseridos, prestando-lhes atendimento integral em todos os níveis de complexidade.

Para tanto, é importante que o cirurgião dentista possa despertar a compreensão de um trabalho multidisciplinar entre profissionais e cuidadores no controle de higiene bucal envolvendo ações químicas e mecânicas, sem, contudo, eximir-se da própria responsabilidade como educador. Ser educador é transformar uma determinada realidade, ainda que para isso as ferramentas sejam as mais básicas e simples possíveis.

Referências Bibliográficas:

- 1 – SILVA, L.V.PV; CRUZ, R.A. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; protocolos para atendimentos clínicos. 1ª edição, São Paulo; Santos; 2009 – 190p.;
- 2 – VARELLIS, M.L.Z. Pacientes com Necessidades Especiais na Odontologia. 1ª ed. São Paulo: Santos, 2005. 511p.;
- 3 – MUGAYAR, L.R.F. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: manual de odontologia e saúde oral. 1ª ed. São Paulo: Pancast, 2000. 262p.;
- 4 – GODOI, A.P.TY, FRANCESCO, A.R; DUARTE, A.; ET AL. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão Geral. Revista de odontologia da UNESP. 2009; 38(2): 105-109;
- 5 – SILVA, E.P.; GUIRADO, C.G. Atendimento Odontológico aos Pacientes Especiais Infantis. Revista da Associação Maringaense de Odontologia, v.1 n.2. jan/mar, 2000.
- 6 – BARNETT, M.L. et al. The prevalence of Periodontitis and Dental Caries in Down's Syndrome Population. Journal of Periodontology. V.57. n.5, p.288-93, 1986.;
- 7 – HOUSTON, S; et al. Effectiveness of 0,12% chlorhexidine gluconate oral rinse em reduction prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. Am J Crit Care. 2002; 11:567-70.
- 8 – GUEDES PINTO, A.C. Odontopediatria. 7.Ed., São Paulo: Santos, 2009.

ODONTOLOGIA DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez é um processo que envolve mudanças fisiológicas e psicológicas complexas e que trazem modificações para o organismo feminino e afetam sensivelmente a saúde da mulher. As variedades de manifestações orais associadas à gestação requerem cuidados odontológicos, tanto clínicos quanto educacionais. É muito mais nocivo para a saúde da futura mãe a omissão do que a resolução das necessidades odontológicas.

Condutas durante atendimento: - Sessões curtas, RX não precisa ser evitado (usando os

meios de proteção), instrução quanto à higiene, anamnese criteriosa, utilizar anestésico Lidocaína 2% com adrenalina na dose máxima de 2 tubetes, realizando sua administração lentamente.

Medicação: - Paracetamol é largamente aceito para uso durante a gestação, administrado em doses terapêuticas, a droga não está associada com malformação congênita.

Anti-inflamatórios: Os anti-inflamatórios não esteroides e ácido acetilsalicílico devem ser usados com extrema precaução.

Antibióticos: As penicilinas são os antibióticos mais indicados durante a gestação na prevenção e no tratamento de infecções maternas. Dentro o grupo das penicilinas, as mais indicadas são as semi-sintéticas de largo espectro. Em caso de pacientes alérgicas a penicilina, Tirelli (2001) sugere à prescrição de estearato de eritromicina e as cefalosporinas.

Complicações orais mais aparentes em gestantes: Gengivite gravídica, cárie dentária e granuloma gravídico.

1 - Gengivite gravídica, é uma complicação oral onde a gengiva se torna mais vascularizada, edemaciada e sensível. A gengivite é uma resposta inflamatória à placa bacteriana. Para tratamento, recomenda-se a remoção da placa (foco) e uso de clorexidina 0,12% diariamente durante a eliminação do foco, adequando o meio.

2- Cárie dentária: Provem de um desequilíbrio entre os fatores de desmineralização e remineralização, que nas gestantes podem estar relacionados com: frequência alimentar, negligência à higiene, enjoos frequentes (Granville-Garcia,2007). Para tratamento, restauração do dente cariado, aplicação de flúor, dieta pobre em açúcares e melhora na higienização.

3 - Granuloma dentário: Fatores locais de irritação como a placa bacteriana ao longo da margem gengival com higiene oral pobre pode levar ao desenvolvimento do granuloma piogênico, tendendo evoluir após o parto. (Silva-Souza,2000). O tratamento dependerá da severidade dos sintomas.(Butler,1991)

Referências Bibliográficas:

1. American Dental Association (ADA). Oral health Care Series
2. Butler EJ, Macintyre DR. Oral Pyogenic Granuloma. Dent Update 1991;18 (5): 194-195
3. Ferreira MBC. Anestésicos locais. In: Fuchs FD, Wannmacher L (eds). Fundamentos da terapêutica nacional.
4. Granville- Garcia AF, et al. Conhecimento de gestante sobre saúde bucal no município de Caruaru.
5. Silva- Souza YTC, Coelho CMP, Bretengani LG, Vieira MLSO, Oliveira ML. Clinical and

histological evaluation of granuloma gravidarum: case report. Braz Dent J.2000;11(2):135-9

6. Tirelli MC, et al. Comportamento dos cirurgiões dentistas quanto ao uso de antibióticos em pacientes gestantes: riscos e benefícios. Ver Inst Ciênc Saude, n.1, p.27-34,200

PACIENTES ONCOLÓGICOS

A oncologia é um ramo da saúde que lida com tumores ou neoplasias (novas formações) que podem ser malignos (câncer) ou benignos. Características diferenciais dos tumores: os tumores benignos apresentam encapsulação frequente, crescimento lento, expansivo, bem delimitado, a sua morfologia é semelhante à origem, mitose raras e típicas. Já os malignos a encapsulação é ausente, o crescimento é rápido, infiltrativo, destrutivo, pouco delimitado podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase), a sua morfologia é diferente à origem, mitoses frequentes e atípicas. O tratamento pode ser cirúrgico (remoção do tumor), clínico (radioterapia, quimioterapia), ou uma combinação das formas de tratamento. Podendo ter intenção curativa ou paliativa.

Há várias abordagens para o tratamento oncológico, que na sua totalidade constitui o Volume Terapêutico, e que são definidos e divididos em:

Tratamento Cirúrgico: ou a remoção do tumor na região de cabeça e pescoço pode resultar em Deformidades Dento faciais que necessitam de reconstrução cirúrgica e ou fabricação de próteses intra-orais ou crânio-buco-maxilo-faciais.

Quimioterapia: é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Aproximadamente 50% de todos os pacientes com câncer serão submetidos à quimioterapia em alguma fase de seu tratamento. Sonis relatou que 39% dos pacientes que são submetidos à quimioterapia desenvolvem complicações orais tais como: Mucosite, Xerostomia Hemorragias, Sangramento gengival, Infecções bucais (fúngicas, virais e bacterianas) Osteonecrose ou BRONJ (Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw).

Radioterapia: é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Os efeitos nocivos da radioterapia na região de Cabeça e Pescoço que podem se desenvolver são: Dermatite, Mucosite, Xerostomia, Infecções bucais Paladar alterado, Dificuldade de Deglutição e Fala, TRISMUS, Osteoradionecrose.

Em pacientes de rádio e quimioterapia as complicações podem serem exacerbadas por condições pré-existentes tais como: doença periodontal, cárie, restaurações e próteses mal adaptadas, etc.

CAMPO DE ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

A avaliação odontológica deve ser realizada previamente ao tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico. Quando cirúrgico, o planejamento reconstrutor e confecção de prótese para futura reabilitação, deve ser realizado previamente à cirurgia. A conduta do Cirurgião Dentista de pacientes oncológicos envolve: a confecção de placas de proteção para radioterapia, o adequamento do meio bucal, a orientação de higiene bucal, cuidados com o uso de próteses dentárias, prescrição de soluções fluoretadas, anestésicos tópicos, antifúngicos, umectante labial, saliva artificial, crioterapia,

analgésicos, laserterapia indicação do uso de câmara hiperbárica de oxigênio e ozonioterapia quando indicado. Devemos enfatizar que, em alguns casos o tratamento será menos conservador, visando reduzir o comprometimento do tratamento da patologia de base. O cirurgião-dentista deve estar também consciente das alterações bucais de tecidos duros e moles advindos dos tratamentos oncológicos realizados, sendo que algumas alterações são de caráter permanente.

CONCLUSÃO: Em uma equipe multidisciplinar para o tratamento de pacientes Onco-Hematológicos para se obter resultados não apenas satisfatórios, mas ótimos, coordenar os momentos do tratamento odontológico com o tratamento médico é mister.

Referências Bibliográficas:

- 1 – Albuquerque ILS, Camargo TC. Prevenção e tratamento da Mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007;53(2): 195-209.
- 2 – Almeida PO, Lopes MA, Kriger L. Prevenção de doenças bucais. *Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV*. 2. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999, p. 435-446.
- 3 – Catão MH. Avaliação da eficácia do Laser Arseneto de Gálio e Alumínio I=830 nm no controle da radiomucosite. Salvador 2004 (Tese de Doutorado). Salvador: Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal da Bahia; 2004.
- 4 – Clarkson JE, Worthington HV, Eden OB. Interventions for preventing oral mucositis for patients with câncer receiving treatment. *The Crochrane Library*. 2005: Issue 2.
- 5 – Pavlatos J. Oral Care aprotocols for patients undergoing cancer therapy. *General Dentistry*. P464-478. Jul/Ago, 2008.

HEMATOLOGIA NA ODONTOLOGIA

A hematologia é a área de estudo e tratamento de patologias relacionadas aos elementos sanguíneos e órgãos hematopoiéticos. As patologias sanguíneas ou doenças hematológicas mais comuns são as anemias, como a ferropriva, megaloblástica, perniciososa, aplástica, de fanconi entre outras. Entre as doenças hematológicas estão também as hemoglobinopatias, coagulopatias e doenças hematológicas clonais, como linfomas e leucemias.

O tratamento hospitalar de algumas destas patologias se faz, muitas vezes, necessário, envolvendo transfusões sanguíneas, transfusões profiláticas de plaquetas, transplantes seja de células tronco hematopoiéticas ou de medula e tratamento imunossupressor.

Manifestações bucais, tanto antes do diagnóstico como durante o tratamento, são bastante comuns e podem variar desde palidez de mucosa, sangramento gengival, candidíase, ulcerações, hiperplasia gengival, sangramento gengival, xerostomia até mucosites, muito comuns em consequência de quimioterapias

Este cenário enfatiza a necessidade do Cirurgião-Dentista no diagnóstico precoce da doença e composição da equipe multidisciplinar de atendimento a este paciente.

Confirma-se assim a importância da presença deste profissional na equipe de tratamento

hospitalar oncológico ou não, diminuindo a morbidade e a mortalidade relacionadas às complicações bucais. Desta forma, procura-se estabelecer conforto e qualidade de vida aos pacientes durante a terapia.

Referências Bibliográficas:

- 1- VI Santos, AL Anbinder, AS Cavalcante - Brazilian Dental Science, 2010
- 2- <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Manuais/odontologia.pdf>
- 3- Verônica Ishikawa Santos, Ana Lia Anbinder, Ana Sueli Cavalcante. Brazilian Oral Research, Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica- Volume 28 (1) September 2014
- 4- CAVALCANTI. W.E.S. et al. Conduta odontológica para atendimento de pacientes hemofílicos (revisão). Revista Inst. Est. Hem. "Arthur de Siqueira Cavalcanti", 10(1/2):26-31, 1993.
- 5- CORREA, M.E.P. Protocolo de atendimento de pacientes hemofílicos. Federação Brasileira de Hemofilia 1997.
- 6- Manual de Atendimento Odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias - Ministério da Saúde - março 2005;
- 7- Ministério da Saúde - Manual de Atendimento Odontológico - Março de 2005;

ODONTOLOGIA NO DIABÉTICO

O CD enquanto promotor de saúde deve estar ciente que o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis. Sendo o Diabetes uma doença que atinge, em média, 8% da população adulta. É uma doença silenciosa: 50% dos diabéticos desconhecem ser portadores. Mais de 600.000 novos casos são diagnosticados por ano e, quanto mais cedo é feito o diagnóstico da doença, melhor a qualidade de vida deste paciente. O paciente diabético apresenta falta de insulina ou incapacidade desta de exercer suas funções, caracterizada por hiperglicemia crônica (altas taxas de açúcar no sangue) e distúrbios de metabolismos dos carboidratos, lipídios e proteínas.

Alguns sinais e sintomas são menos perceptíveis, como formigamentos nas mãos e pés. Os exames periódicos são fundamentais para diagnosticar a presença da doença, principalmente após os 40 anos de idade.

Daí vem a necessidade de executarmos uma boa anamnese.

Existem dois tipos de diabetes:

Tipo I (insulinodependente): O próprio corpo de paciente causa a destruição das células beta do pâncreas, produtoras de insulina, o que predispõe o indivíduo ao desenvolvimento da doença.

Tipo II (não insulinodependente): resulta de uma combinação de resistência à insulina e deficiência na secreção desta, acometendo principalmente pacientes obesos e sedentários

Sabe-se que, a longo prazo, órgãos como olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos podem ser acometidos em consequência do aumento do nível de glicose no sangue.

A doença periodontal é considerada a sexta complicação do diabetes e como qualquer tipo de infecção, os problemas periodontais podem dificultar o controle do diabetes. Da mesma forma que outras complicações do diabetes, a doença periodontal está ligada ao controle metabólico de modo bidirecional, ou seja, influenciando e sofrendo influência do diabetes. O paciente que não trata suas infecções bucais não consegue controlar a sua Diabetes e vice-versa.

A presença da placa bacteriana no diabético provoca uma inflamação gengival mais acentuada do que o faria em um paciente não diabético

Observações importantes:

- Um bom controle de açúcar no sangue ajuda a prevenir, ou aliviar, sintomas bucais causados pelo diabetes.
- O doença periodontal manifesta-se de forma mais precoce, exacerbada e destrutiva em pacientes portadores de diabetes mellitus.
- A relação entre as duas doenças cada vez mais pode ser afirmada como bidirecional
- O processo periodontal comporta-se como qualquer outro tipo de inflamação e infecção, podendo comprometer o quadro metabólico do paciente diabético
- O paciente diabético apresenta deficiente resposta frente a ap devido suas alterações vasculares e deficiente resposta imunológica
- O processo inflamatório e infeccioso crônico periodontal pode colaborar para a persistência de altos níveis de hba1c
- O tratamento de saúde multidisciplinar é mandatório na manutenção da saúde geral do paciente diabético

Referências Bibliográficas:

- 1- SAPORETTI, L.A. Espiritualidade em cuidados paliativos. Cuidado paliativo, CREMESP, 4-1, p.522-3, 2008.
- 2- SIQUEIRA, J.E. Doente terminal. Cadernos de Bioética do CREMESP, v.1, 2005.
- 3- TWYLCROSS, R. Medicina paliativa: filosofia e considerações éticas. Acta Bioética, n. 1, 2000
- 4- <http://sobrape.org.br/wp/doencas-periodontais/diabetes-e-doenca-periodontal>

ODONTOLOGIA NO PACIENTE COM HIPOTIREOIDISMO

O hipotireoidismo é uma desordem endócrina, de natureza sistêmica caracterizada pela disfunção na glândula tireóide. Os hormônios tireoidianos T3 e T4 são necessários para suprir funções

orgânicas normais do organismo. Desta forma, distúrbios na secreção de T3 e T4 podem estar associados a alterações no sistema estomatognático. Dentre essas alterações encontram-se hipoplasia condilar, atresia maxilar ou mandibular, hipodesenvolvimento da mandíbula, prognatismo maxilar, hipoplasia de esmalte e dentina, taurodontia e retardo na erupção dentária e no desenvolvimento radicular. Desta forma é imprescindível que o cirurgião dentista tenha conhecimento sobre as manifestações locais ou sistêmicas associadas a esta desordem endócrina, as alterações sistêmicas e bucais em pacientes acometidos pelo hipotireoidismo, bem como os cuidados e condutas terapêutica que podem ser adotados durante o tratamento odontológico. O hipotireoidismo é uma patologia sistêmica comum, que ocasionalmente apresenta manifestações bucais e necessitam de cuidados especiais durante tratamentos odontológicos. A interação medicamentosa frente à pacientes em tratamento do hipotireoidismo também deve ser considerada, uma vez que medicações comumente prescritas na odontologia podem promover reações adversas. Desta forma, é imprescindível que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre os procedimentos adequados na terapêutica de pacientes com essa síndrome.

Validando desta forma a necessidade de orientar os pais sobre o teste do pezinho, teste este fundamental no diagnóstico precoce.

ODONTOLOGIA NO PACIENTE COM HIPERTIREOIDISMO

Hipertireoidismo é uma doença da glândula tireoide, que se caracteriza pela hiperfunção da glândula tireoide com conseqüente tirotoxicose. Tirotoxicose é o resultado clínico, fisiológico e bioquímico resultante do excesso de hormônios tireóideos: tetraiodotironina ou tiroxina (T4), triiodotironina (T3) ou ambos. Geralmente os doentes com hipertireoidismo têm tirotoxicose mas o contrário nem sempre se verifica. O hormônio da tireoide é importante a nível celular, afetando praticamente todo tipo de tecido no corpo humano.

Em excesso, ele tanto estimula em excesso o metabolismo quanto exacerba os efeitos do sistema nervoso simpático, causando aceleração de vários sistemas corporais e sintomas que se parecem como uma sobredose de epinefrina (adrenalina). Podem ocorrer uma variedade de manifestações clínicas como taquicardia, perda de peso, nervosismo e tremores.

As principais causas do hipertireoidismo são a doença de Graves, a autonomia da tireoide e um aumento de hormônios tireoidianos como conseqüência de medicamentos.

Portanto, o hipertireoidismo não controlado, não é apenas uma contra indicação absoluta ao uso de soluções com vasoconstritores adrenérgicos, mas ao próprio tratamento odontológico, devido ao estresse associado a esse tipo de situação. Nos pacientes com a doença controlada o uso de 2 tubetes de anestésico com injeção lenta é recomendado, podendo ser utilizado epinefrina ou felipressina como vasoconstrictor. Desta forma o CD precisa estar ciente que os distúrbios decorrentes desta glândula provocam alterações no metabolismo do organismo, seja a supra-atividade estimada (hipertireoidismo), ou a baixa atividade (hipotireoidismo), cada uma causando implicações típicas. Já o metabolismo da calcitonina auxilia o processo de calcificação dos ossos, promovendo a remoção da quantidade excessiva de cálcio existente na corrente sanguínea, deslocando-o para o tecido ósseo, principalmente

durante a fase de crescimento.

O desequilíbrio na produção de hormônios da tireoide surge de uma disfunção da própria glândula tireoide, a glândula hipófise, que produz o hormônio estimulante da tireoide (TSH), ou o hipotálamo, que regula a hipófise via hormônio liberador de tireotrofina (TRH). As concentrações de TSH aumentam com os anos, o que requer testes com correção de idade. O hipotireoidismo afeta entre 3 e 10% dos adultos, com maior incidência em mulheres e idosos.

Classificando os distúrbios, é possível agrupá-los em tipos específicos, que inclui: hipotireoidismo, hipertireoidismo/tireotoxicose, bócio, nódulos tireoidianos e o câncer de tireoide.

Referências Bibliográficas:

1-Franco GCN, Cogo K, Montan MF, Bergamaschi CC, Groppo FC, Volpato MC, et al. Interações medicamentosas: fatores relacionados ao paciente (Parte I). Rev cir traumatol buco-maxilo-fac. 2007;7(1):16-28.

2-Little JW. Thyroid disorders. Part II: hypothyroidism and thyroiditis. Oral Surg OralMed Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;102(2):148-53.

3-Cogo K, Bergamaschi CC, Yatsuda R, Volpato MC, Andrade ED. Sedação consciente com Benzodiazepínicos em odontologia. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2006;18(2):181-8.

4-Garbero RF, Vieira LA. Fármacos no pré-operatório. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 2007;6:29-37.

ODONTOLOGIA E ANEFROLOGIA

Os pacientes da nefrologia que encontramos nos hospitais são aqueles portadores de doenças renais em quadros agudos ou crônicos, que podem estar se submetendo a sessões de hemodiálise contínuas ou intermitentes ou aqueles submetidos a transplantes.

A existência de doenças periodontais ou de quaisquer alterações da saúde bucal podem representar focos de infecções, fato importante no agravamento das doenças renais.

O Paciente renal, principalmente o crônico, pode apresentar no decorrer do tratamento alterações sistêmicas como imunológicas, cardiovasculares e desnutrição, e também várias manifestações bucais como xerostomia, estomatite urêmica e periodontite.

A presença do cirurgião dentista na equipe para diagnóstico e tratamento destas manifestações é fundamental. Algumas manifestações ou doenças bucais como a periodontite tem causa bacteriana, sendo fator de risco à infecções sistêmicas.

Pacientes em hemodiálise, por exemplo, podem apresentar alterações e deficiências

imunológicas. O acúmulo de placa bacteriana e a disseminação das bactérias e seus subprodutos na corrente sanguínea aumenta o risco de infecções sistêmicas

A disseminação de bactérias pela corrente sanguínea pode afetar locais e órgãos distantes da boca como os rins, podendo inclusive causar a impossibilidade de um transplante e/ou a rejeição do mesmo.

Uma maior integração entre as áreas médica e odontológica garante saúde e melhor qualidade de vida aos pacientes internados nos hospitais.

A grande quantidade de bactérias presentes nas doenças bucais pode cair na corrente sanguínea e causando inflamações em outros órgãos como os rins. Tendo em vista que os rins são os maiores responsáveis pelo controle do volume de água e sódio do corpo e é sabido que sódio age diretamente nas paredes das artérias, causando constrição das mesmas, levando a um aumento da resistência (pressão) à passagem do sangue e uma menor capacidade de vasodilatação, concluímos que inflamações bucais podem levar doenças renais e hipertensão arterial (pressão alta). Ainda ressaltamos que o inverso também é verdadeiro.

Referencias Bibliográficas:

1. Mana T.C.T, Queiroz L., Nunes, V., Fernandes G., Borges, L.C., Alves J., Machado, W., Santos G.O., Sardenberg C. Conhecimento E Conduta Dos Nefrologistas Frente À Relação Bidirecional Entre A Doença Periodontal E A Doença Renal Crônica. Braz J Periodontol - March 2013 - volume 23 - issue 01 - 23(1):56-61 www.revistasobrape.com.br/.../2013/.../REVERPERIO_MARÇO_2013_PUBL_SITE_PA

2.02-Almeida DC, Machado WAS, Tostes FRV, Santana RB. Inter-relação entre Insuficiência renal crônica em hemodiálise e doença periodontal / Interrelation among chronic renal failure in hemodialysis and periodontal disease. JBM 2009, 96(6): 16-19.

ODONTOLOGIA E NEUROLOGIA

As enfermidades neurológicas podem afetar diversas funções biológicas, prejudicando de forma mais ou menos intensa os processos essenciais para uma vida normal e independente. Tais disfunções podem ser: motoras; de sensibilidade geral (dor, temperatura, pressão, posição segmentar); de sensibilidade especial (olfato, gustação, audição, paladar, visão); cognitivas (linguagem, memória, atenção, vigília, etc); de marcha, equilíbrio e coordenação. Há ainda os transtornos do movimento (tremores e demais anormalidades), os eventos epiléticos e as cefaleias.

As doenças neurológicas, por sua complexidade, oferecem desafios enormes para o diagnóstico e o cuidado aos pacientes. A interface com a odontologia se dá em diversos momentos: abordagem com anamnese e diagnóstico fiel, ajudam o cirurgião-dentista, em sua prática cotidiana, a compreender a natureza das doenças mais comuns, e a manejar com maior segurança sua interface

odontológica.

Sabendo se a doença neurológica é progressiva ou não, se o prognóstico resultara em uma qualidade de vida adequada ou não ao paciente, será determinante para a escolha do tratamento odontológico e o manejo adequado deste paciente, conduzindo-o a intervenções preventivas, paliativas, tratamentos minimamente invasivos como a adequação do meio bucal, ou se haverá a necessidade de proceder com tratamentos mais agressivos ou radicais.

A condução multidisciplinar é que leva ao sucesso do tratamento odontológico, melhora a da qualidade de vida, levando a eficiência do manejo e conduta proposta.

Como sempre, estes pacientes dependerão de exames de imagem para diagnóstico e controle da doença neurológica de base, por este motivo a utilização de aparelhos com bráquetes não metálicos estão indicados, por não provocarem artefato de imagem.

A farmacologia utilizada na clínica odontológica corriqueira, como analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, pode se tornar o gatilho para deixar o paciente neurológico em estado crítico, mostrando novamente a relevância da condução multiprofissional. Também sabemos que as medicações destes pacientes podem alterar o equilíbrio das funções das estruturas bucais e do sistema estomatognático, observando mais uma vez a importância da condução continuada da odontologia nos serviços que prestam a assistência destes pacientes.

Referências Bibliográficas:

1. Chaudhuri A, Behan PO. Myasthenic crisis. Q J Med, doi:10.1093/qimed/hcn152. 2009; 102:97-107.
2. Pascuzzi RM. Iatrogenic disorders of the neuromuscular junctions. In: Iatrogenic Neurology, Jose Biller. Ed. Butterworth-Heinemann 1998; 283-304.
3. Howard JR. Adverse drug effects on neuromuscular transmission. Sem Neurol 1990; 10:89-102.
4. Ghizoni JS, Taveira LAA, Garlet GP, Ghiaoni MF, Pereira JR, Dionizio TJ, Brozoski DT, Santos CF, Sant'Ana ACP. Increased levels of Porphyromonas gingivalis are associated with ischemic and hemorrhagic cerebrovascular disease in humans: an in vivo study J Appl Oral Sci. 2012; p.104-112 - www.scielo.br/jaos
5. Yu KM, Inoue Y, Umeda M, Terasaki H, Chen ZY, Iwai T. The periodontal anaerobe Porphyromonas gingivalis induced platelet activation and increased aggregation in whole blood by rat model. THROMBOSIS RESEARCH. Issue 5; May 2011, (127); P:418-425. <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2010.12.004>
6. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA (ABOPREV). Promoção de saúde bucal. 2a. ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2001. p. 131-40.
7. Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon RP (Coautor). Neurologia clínica. 5. ed. Porto Alegre:

Artmed Editora, 2005.

8. Patten J. Diagnóstico diferencial em neurologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

9. Perkin G.D. Atlas mosby em cores e texto de neurologia. São Paulo: Manoele, 1998.

10. Rosenberg RN. Atlas de neurologia clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ODONTOLOGIA E HEPATOLOGIA

Um grande número de doenças do fígado pode acometer qualquer indivíduo, incluindo as crianças. Entre as doenças hepáticas frequentes estão:

- Hepatites Virais
- Esteatose hepática (infiltração gordurosa do fígado)
- Doenças Metabólicas
- Patologias de origem autoimune
- Hepatotxicidade causada por drogas
- Distúrbios de coagulação

A doença hepática pode ser herdada (genética) ou causada por uma variedade de fatores que danificam o fígado, tais como vírus e uso de álcool. A obesidade também está associada com danos no fígado. Com o tempo, estes danos podem levar a insuficiência hepática, uma condição com risco de vida.

Pacientes hepatopatas necessitam receber uma atenção diferenciada dos profissionais de Odontologia com efetiva assistência à saúde bucal, tendo em vista que o número de pessoas acometidas por disfunção hepáticas aumenta e que o número de transplantes de fígado realizado é crescente, segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos.

O paciente de transplante de fígado apresenta-se mais suscetível às infecções oportunistas e, portanto, requer cuidados odontológicos especiais, posto que há que possibilidade de que haja alterações bucais e sistêmicas antes, durante e após o tratamento empregado.

As doenças hepáticas, em sua fase cirrótica, frequentemente evoluem com distúrbios da crase sanguínea. A natureza desses distúrbios é complexa e multifatorial em decorrência da interação dinâmica entre os sistemas pró-coagulante, anticoagulante e fibrinolítico. A cirrose hepática resulta em graus variados de déficit de fatores plasmáticos da coagulação (com exceção do fator VIII), disfunção e diminuição do número de plaquetas, disfunção endotelial e hiperfibrinólise^{1,2}. Condições associadas contribuem para agravar os distúrbios de coagulação. A insuficiência renal comumente associada à doença hepática avançada agrava a disfunção plaquetária.

Os distúrbios da coagulação aumentam o risco de sangramento, e isto tem sido apreçoado pela Hepatologia há várias décadas. Os testes laboratoriais do status da coagulação utilizados para identificar pacientes de alto risco de sangramento, guiar a terapia hemostática e mesmo contraindicar a

realização de procedimentos invasivos, tornam-se protocolos de rotina.

O uso de imunossupressores pós transplante poderão se materializar como fatores de favorecimento para o desenvolvimento de complicações infecciosas, estas, por sua vez podem ter origem bacteriana, viável ou fúngica.

A avaliação dental e o tratamento necessário devem ser feitos no candidato a transplante de fígado e as doenças ativas dentais devem ser eliminadas antes do transplante.

Clinicamente as hemofilias caracterizam-se por sangramentos prolongados, principalmente em musculatura profunda (hematomas), em articulações (hemartroses) e após procedimentos cirúrgicos, principalmente em cavidade bucal. As manifestações bucais mais frequentes das hemofilias são sangramento gengival prolongado, espontâneo ou provocado por traumatismos.

Um protocolo de atendimento odontológico é imprescindível ao paciente hepatopata, nos momentos pré, inter e pós transplante. É atribuição do cirurgião dentista, sanar qualquer foco de problemas odontológicos encontrados na cavidade bucal do paciente, justificando aqui a sua presença nas equipes de transplante hepático para o sucesso do processo.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes com Coagulopatias Hereditárias /Secretaria de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

www.hospitalsiriolibanes.org.br

2. – Fígado.

3. Farias A.Q. Distúrbios da Coagulação na Cirrose Hepática. Programa de Educação Médica Continuada – Sociedade Brasileira de Hepatologia. Out/2011 – P. 3-6. www.sbhepatologia.org.br/pdf/FASC_HEPATO_30_FINAL

4. Quintela, E. Doenças Colestáticas. 2013. Disponível em: http://www.eloizaquintela.com.br/doencas_do_figado_53.html

5. LOYOLA, M.A Avaliação retrospectiva de um programa odontológico no protocolo pré-operatório do transplante de fígado. (Dissertação mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2004, P.20

6. MELO, A. S. M. Assistência Odontológica para pacientes de transplante hepático no Ambiente Hospitalar: Proposta de protocolo. Dissertação (mestrado) Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva Belém-Para, 2014.

7. Cerveró AJ, Roda RP, Bagán JV, Soriano YJ. Dental Treatment of patients with coagulation factor alterations: na update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo. 2007;12: 380-7.

CUIDADOS PALIATIVOS NA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".

O verbo paliar, do latim palliare, pallium, significa em seu modo mais abrangente, proteger, cobrir com capa. No entanto, paliar é mais usado em nosso meio, como aliviar provisoriamente, remediar, revestir de falsa aparência, dissimular, bem como adiar, protelar. O cuidado paliativo é mais que um método, é uma filosofia do cuidar, que visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões. Em Odontologia, o Cuidado Paliativo pode ser definido como o manejo de pacientes com doenças progressivas ou avançadas devido ao comprometimento da cavidade oral pela doença ou seu tratamento, direta ou indiretamente.

A participação da Odontologia Hospitalar, junto aos pacientes oncológicos e críticos é muito importante, pois os sintomas podem ser específicos para o processo da doença, dos efeitos da medicação ou de parte da debilidade geral do indivíduo e muitas vezes com o medo da proximidade da morte. Em alguns momentos do tratamento, nas recidivas ou frente à progressão da doença, os pacientes podem estar mais predispostos a infecções e alterações patológicas na cavidade oral. Os sintomas orais mais frequentes são dor, sangramento, trismo, úlceras, infecções oportunistas, disfagia, xerostomia, hipersalivação, halitose e saburra lingual.

A interação do cirurgião-dentista com a equipe multiprofissional do hospital, UTI ou home-care, é um trabalho que em conjunto com outros membros tem o foco do cuidado integral, oferecendo aos pacientes e seus entes queridos, a melhor qualidade possível de vida, a despeito do estágio de uma doença, ou a necessidade de outros tratamentos.

A ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) declara que para este trabalho ser realizado é necessária uma equipe mínima, médico, enfermeira, psicóloga, assistente social e profissional da área de reabilitação (Cirurgião Dentista) todos devidamente treinados na filosofia e prática da palição.

No geral, podem ser incluídos na equipe: Fisioterapia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Assistência Espiritual. Competência, solidariedade, com passividade, humildade, comunicação individual e coletiva são essenciais à equipe de Cuidados Paliativos. Nada supera a força da vivência individual de cada doente e cada familiar interagindo com aquele profissional específico e naquele contexto particular.

Cuidado Paliativo possui por único objetivo tentar aliviar o sofrimento, melhorar a

qualidade de vida de pacientes e familiares até o óbito,mas não tem a intenção de curar a doença.

O cuidado com a saúde integral do paciente crítico se faz necessário para evitar que infecções em outros órgãos e sistemas, que não são ligados ao problema inicial, prejudiquem seu quadro clínico. Nesses cuidados não devem faltar o atendimento odontológico, pois, como já é de conhecimento, a saúde bucal está integrada à saúde geral. Desta forma, infecções no sistema estomatognático, principalmente as periodontais, podem agravar a condição sistêmica do paciente que já está com a saúde comprometida ou favorecer o aparecimento de novas doenças. A deficiência de higiene oral em pacientes graves colabora para a proliferação de bactérias e fungos criando na boca um reservatório ideal para uma vasta microbiota que, além de prejudicar a saúde bucal e o bem-estar do paciente, pode propiciar outras infecções e doenças sistêmicas. É importante ressaltar que na cavidade bucal encontramos praticamente a metade da microbiota presente no corpo humano, representada por várias espécies de fungos, bactérias e vírus.

Atualmente sabe-se da importância da introdução do cirurgião dentista nas equipes multidisciplinares, atuando nos cuidados paliativos de pacientes internados, os quais devem receber cuidados odontológicos durante o período de internamento.

A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada em grau razoável, de saúde geral do indivíduo. Em geral, pacientes oncológicos apresentam necessidades odontológicas significativas que demandam atendimento prévio à oncoterapia. Tendo como objetivo, o tratamento resume-se em eliminar ou estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer, como também, acompanhar o possível surgimento de sequelas resultantes do tratamento oncoterápico para melhorar a qualidade de vida do paciente, focando nos Cuidados Paliativos.

Referências Bibliográficas:

1. Beumer J III, Curtis TA, Marunick MT. Radiation Therapy of the Head and Neck Tumors: Oral Effects, Dental Manifestations, and Dental Treatment. In: Maxillofacial Rehabilitation Prosthodontic and Surgical Considerations. St.Louis:Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers, 1996. Chapter 4 p 43-111.
2. Fonseca RJ and Davis WH. Oral Reconstructive Procedures: Soft Tissue, Osseous and Alloplastic Techniques In: Reconstructive Preprosthetic Oral and Maxillofacial Surgery. Second edition Philadelphia WB Saunders Company, 1995. Section IV p 719-732.
3. Morais, Teresa Marcia de Nascimento e Silva, Antonio. Cuidados do Atendimento Odontológico do Paciente com Doenças Onco-Hematológicas. In: Fundamentos de Odontologia em Ambiente Hospitalar\ UTI., Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Capítulo 29, p 263-264.
4. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Complicações bucais da quimioterapia do câncer. In: Princípios e Práticas de Medicina Oral. Seção XIII. 2.ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. Cap. 42, p.358-383.
5. Zambito RF, Black HA, Tesch LB. The Medically Compromised Patient. In: Hospital Dentistry Practice and Education. St. Louis: Mosby, 1997. Chapter 13 p 163-198

http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322

ODONTOLOGIA EM PACIENTES CRÍTICOS CARDÍACOS

As unidades de terapia intensiva (UTI) são voltadas ao cuidado do paciente em estado crítico em todos os níveis assistenciais. Os motivos que levam um paciente às UTIs cardíacas, por exemplo, podem ser diversos tais como: infarto agudo do miocárdio com complicações; choque cardiogênico, arritmias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção, insuficiência cardíaca congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico, emergências hipertensivas, angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente, Parada Cardiorespiratória (PCR), tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica, aneurisma dissecante da aorta, bloqueio cardíaco completo e até transplantes cardíacos. Estes pacientes normalmente se encontram impossibilitados de manterem uma higiene bucal adequada o que leva, com o passar do tempo de internação, a um aumento da quantidade e da complexidade do biofilme bucal sendo uma fonte de infecção importante. Muitas vezes estes pacientes chegam a UTI com um comprometimento pré-existente de cáries, envolvimento endodôntico ou doença periodontal o que representa a presença de bactérias e foco infeccioso. As bactérias presentes na cavidade oral podem se alojar no interior do epitélio juncional resultando na penetração destas e de seus subprodutos nos tecidos gengivais. Isto ocasiona um processo inflamatório e uma variedade de eventos nocivos como a difusão hematológica dos patógenos presentes podendo gerar complicações sistêmicas. Outros fatores como a intubação traqueal, onde o paciente permanece com a boca aberta e as medicações administradas, podem levar à redução do fluxo salivar, à diminuição do pH salivar, ao decréscimo do reflexo da tosse. À medida que o tempo de internação aumenta, estes fatores associados à má higienização bucal, possibilitam com que o biofilme dental se torne um agente infeccioso potencial causador de pneumonia nosocomial e também algumas infecções oportunistas.

Tudo isso nos faz concluir que a falta de higiene oral, expõem o paciente internado na UTI cardíaca a uma variedade de eventos nocivos que podem aumentar tempo de internação com complicações do quadro.

A recuperação e manutenção da saúde bucal se torna imprescindível para a recuperação de pacientes internados nas UTIs uma vez que há uma interferência direta da higiene bucal com complicações sistêmicas.

Isso comprova a importância do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar das UTIs.

Referências Bibliográficas:

1 - Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev. bras. ter. Intensiva. 2009;21(1):38-44.

2 - Sannapieco FA. Relação entre doença periodontal e doenças respiratórias. In: Rose LE,

Genco RJ, Mealy BL et al. Medicina Periodontal. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p.83-97.

3 - Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. Arq méd. hosp. Fac. Ciênc. Méd. Santa Casa São Paulo, 2010;55(2):67-70.

4 - REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA ONLINE. V.5, N.2 (2016): (MAIO-AGOSTO);

5 - Pasetti LA, Carneiro Leão MT, Araki LT, Albuquerque AMN, Ramos TMB, Santos SF et al. Odontologia Hospitalar A Importância do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Odontologia (ATO). 2013;13(4):211-226.

ODONTOLOGIA EM PACIENTES CARDIOPATAS

A realização de procedimentos odontológicos em pacientes cardiopatas exigem cuidados que não se baseiam apenas na utilização de profilaxia antibiótica, vasoconstritores e/ou no controle do sangramento pós-cirúrgico. A presença de focos infecciosos na cavidade bucal é a maior evidência de um fator de complicação pós-operatória. As bacteremias odontogênicas aumentam significativamente na presença destes focos infecciosos, como na doença periodontal, lesões endodônticas, lesões bucais traumáticas e infecciosas. Embora a ocorrência de bacteremias seja relatada com mais frequência durante a realização de procedimentos odontológicos, estas ocorrem com frequência similar durante hábitos de higiene oral e mastigação. Por esses motivos, é recomendável, a averiguação da saúde bucal, com a intervenção do cirurgião-dentista para a eliminação dos focos infecciosos e controle intensivo de higiene oral dos pacientes internados, previamente a procedimentos cirúrgicos em cardiopatas ou não, visando a diminuir as complicações perioperatórias. (Grau de recomendação IIa; Nível de evidência A).

o Em pacientes cardiopatas, o uso de pequena quantidade de anestésicos locais com vasoconstritor para procedimentos odontológicos é seguro e deve ser utilizado preferencialmente. (Grau de recomendação I, Nível de evidência C). o Controle de INR pelo menos 24 horas antes de procedimento odontológico. (Nível de evidência C). Se o INR < 2,5, não é necessário suspender o uso de anticoagulante oral para realização de procedimentos cirúrgicos simples (extração de 2 dentes, cirurgia gengival, raspagem periodontal). Quando o INR ≥ 2,5 ou quando os procedimentos planejados tiverem maior extensão, discutir com o médico responsável. (Nível de evidência C) o Uso associado de antibióticos com anticoagulantes Os antibióticos habitualmente utilizados na profilaxia de endocardite infecciosa (amoxicilina, eritromicina) em procedimentos odontológicos podem interferir no metabolismo de anticoagulantes orais. Os pacientes usuários de anticoagulantes devem ser orientados ao possível aumento de sangramento e fazer controle de INR se necessário. Não é necessária a alteração do regime de anticoagulante quando for utilizada dose única de antibiótico profilático.

Referências Bibliográficas:

1 - Gualandro DM, Yu PC, Calderaro D, Marques AC, Pinho C, Caramelli B, et al. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2011; 96(3 supl.1): 1-68.

2 - Little J. W., Falace D.A., Miller C.S., Rhodus N.L. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento Médico. Versão espanhola da 5ª edição original em inglês - Harcourt Brace Publishers

International (Divisão Iberoamericana),1998;p:103-240.

3 - Scannapieco FA. Pneumonia in nonambulatory patients: the role of oral bacteria and oral hygiene. J Am Dent Assoc. 2006;137 (Suppl):21S-25S.

ODONTOLOGIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A infecção é uma complicação frequente e de elevada morbi/mortalidade nos pacientes internados em UTI. A pneumonia nosocomial é aquela desenvolvida 48h após a internação hospitalar sem que estivesse presente no paciente no ato da sua admissão no hospital. Essa complicação chega a taxas que variam de 9 a 40% das infecções adquiridas em UTI e, por isso está relacionada a um aumento no período de hospitalização e nos custos

Pacientes internados nas UTIs na maioria das vezes não possuem uma higienização bucal adequada, controle bucal eficiente, possivelmente pelo desconhecimento de técnicas já preconizadas e conhecidas na Odontologia, ou ainda pela ausência do relacionamento interprofissional da Odontologia com as demais equipes da UTI. Esta condição de higiene bucal em pacientes críticos desencadeia desde problemas focais como gengivites, periodontites, cáries, até comprometimento sistêmico como otites, faringites, sinusites e, xerostomia, aumentando o risco de infecções que promovem a pneumonia nosocomial.

Os principais fatores de risco são aqueles que favorecem a colonização da orofaringe e/ou estômago. A aspiração de secreções para o trato respiratório inferior, o refluxo gastrointestinal, além dos fatores inerentes a cada hospedeiro, vai culminar em fator de risco importante para o paciente crítico. O agente bacteriano dependerá de alguns fatores como tempo de internação, uso de antimicrobianos, tipo de ventilação e nutrição, controle da higiene bucal, patologias bucais e sistêmicas presentes, além da susceptibilidade da microbiota da UTI

Além disso, os pacientes das UTIs frequentemente permanecem de boca aberta, devido à intubação traqueal, permitindo desidratação da mucosa bucal. A diminuição do fluxo salivar permite aumento de saburra ou biofilme lingual, propiciando a produção de componentes voláteis de enxofre, tais como mercaptanas e sulfidretos que causam um odor acentuado e desagradável, bem como os aumentos das colônias bacterianas

Outros fatores que devem ser observados e, a utilização de alguns recursos para a manutenção deste paciente como sondas e bombas infusoras e, a existência de distúrbios que podem levar a um processo de disfagia, tendo estas causas de origem mecânica – distúrbios da faringe e esôfago, distrofia muscular, câncer de cabeça e pescoço, trauma ou cirurgia na área buco-maxilo-facial e, severas infecções de boca ou garganta – e neurológica – acidente vascular encefálico, trauma crânio-encefálico, doenças de Parkinson e Alzheimer, esclerose múltipla, miastenia grave, paralisia cerebral, tumor cerebral – gera um fator de risco à pneumonia. Por estar o paciente mesmo que temporariamente imobilizado no leito e dependente de um alto grau de cuidados, pelo rebaixamento do nível de

consciência, ou uso de sedativos, pode levá-lo à aspiração de saliva, alimentos e/ou líquidos. A disfagia sem avaliação de um profissional qualificado pode ser fatal durante a deglutição de alimentos líquidos e sólidos, por promover um alto risco de aspiração causando dispneia. Isso associado à ausência do controle da microbiota e da manutenção da saúde das estruturas bucais leva como consequência à bronco aspiração e infecções pulmonares como a pneumonia, e à sepse.

Referências Bibliográficas:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de prevenção com o foco em Odontologia pg 39-42, 2017.
2. Maffei C, Mello MM; Biase NG, Pasetti, LA et al., Videofluoroscopic evaluation of mastication and swallowing in individuals with TMD. Brazil. J. Otorrinol., v. 78, n. 4, p. 24-8, jul./ago., 2012.
3. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde bucal. Projeto SB Brasil, 2010. Resultados principais entre 2011-2013.
4. Pasetti LA, Teixeira GA, Carraro JH Atuação da Odontologia em UTI com pacientes submetidos à ventilação mecânica. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP, v. 14, n. 2, p. 94-102, 2014.
5. Pasetti, LA. Manual de Conhecimentos Básicos - Odontologia em UTI. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP., v. 17, n. 3, p. 181-227, mar., 2017.
6. Pasetti, L.A.; Leão, M.T.C.; Araki, L.T. et al., Odontologia Hospitalar – A Importância do Cirurgião-Dentista na Unidade de Terapia Intensiva, Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP., v. 13, n. 4, p. 210-26, abr., 2013.
7. Scannapieco FA, Yu J, Raghavendran K, Vacanti A, Owens SI, Wood K, et al. A randomized trial of chlorhexidine gluconate on oral bacterial pathogens in mechanically ventilated patients. Critical care (London, England); 13.4 2009:R117. doi: 10.1186/cc7967 PMID: 19765321.

CONSELHEIROS EFETIVOS

Presidente

Aguinaldo Coelho de Farias

Secretário

Claudenir Rossato

Tesoureiro

Dalton Luiz Bittencourt

Presidente da Comissão de Ética

Carlos Alberto Herrero de Morais

Presidente da Comissão de Tomada de Contas

Abrilino de Souza Ramos

Diretoria - Conselheiros Suplentes

Celso Yamashita

Gilce Sibonei Czlusniak

Irati Luis Michelin Pirolla

José Roberto Pinto

Vânia Portela Ditzel Westphalen

Gestão 2016 / 2018

ENDEREÇOS

Sede e delegacias Regionais do CRO/PR

Sede Curitiba

Av. Manoel Ribas, 2281 - Mercês
CEP: 82810-002 - Fone: (41) 3025-9500
Segunda a sexta: 8h30 às 17h30
www.cropr.org.br

Regional de Londrina

Av. Tiradentes, 501 - sala 602 -
Shangri-la A - Torre 1
CEP: 86070-545 - Fone: (43) 3026-7272
Segunda a Sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30

Regional de Cascavel

Rua Minas Gerais, 2061 - Sls 11 e 12 - Térreo
CEP: 85812-035 - Fone: (45) 3038-5454
Segunda a sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30

Regional de Maringá

Rua Pedro Taques, 294 - Sl. 407 - Zona 7
CEP 87030-000 - Fone: (44) 3031-8999
Segunda a Sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30

Regional de Foz do Iguaçu

Rua Almirante Barroso, 1293 - Sala 304,
Condomínio Pedro Basso
CEP: 85851-010 - Fone: (45) 3027-3131
Segunda a sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30
Segundas e Quartas sem atendimento ao público.

Regional de Umuarama

Rua Des. Munhoz de Melo, 3800 sala 801A -
8º andar, Edifício Centro Comercial
CEP: 87501-180 - Fone: (44) 3623-4119
Segunda a Sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30

Regional de Guarapuava

Av Senador Pinheiro Machado, 2073 -
4º andar sala 401 Centro
CEP: 85010-100 - Fone: (42) 3035-3232
Segunda a Sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30

Regional de Ponta Grossa

Pç. Marechal Floriano Peixoto, 42 - Sala 03 - Centro
CEP: 84010-680 - Fone: (42) 3027-2828
Segunda a Sexta: 8h30 às 12h e 13h às 17h30

