

**MANUAL DE  
ODONTOLOGIA  
HOSPITALAR**

**VERSÃO 2023**

**CÂMARA TÉCNICA DE  
ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

# MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR

VERSÃO 2023



**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](http://www.cropr.org.br)



**MANUAL DE  
ODONTOLOGIA  
HOSPITALAR**

**VERSÃO 2023**

**CÂMARA TÉCNICA DE  
ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

---

## **Autores**

Calixto Eduardo de Araújo Hakim

CRO-PR 11.168

Presidente da Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar

Gilce Czulniak

CRO-PR 4919

Conselheira do CRO-PR

Membro da Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar

Lucienne Miranda Ulbrich

CRO-PR 12.206

Membro da Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar

Nancy Marinho Barros

CRO-PR 8730

Membro da Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar

Rosângela Pironti de Castro

CRO-PR 3286

Membro da Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar

## **Colaboradores**

André Souza Vieira

CRO-Pr 21.313

Hudson Cavalcante

CRO-Pr 30.719

## **Revisão Geral**

Lucienne Miranda Ulbrich

CRO-PR 12.206

Membro da Câmara Técnica de Odontologia Hospitalar

## **SUMÁRIO**

### **MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

1. Introdução e Justificativa .....	6
2. Pacientes oncológicos e onco-hematológicos - adulto.....	9
3. Pacientes oncológicos e onco-hematológicos - infantil .....	12
4. Pacientes com comprometimento sistêmico.....	14
5. Odontologia Hospitalar na COVID-19 .....	21
6. Atendimento em UTI – adulto.....	22
7. Atendimento em UTI - infantil .....	24
8. Cuidados Paliativos .....	25
9. PICs - Práticas Integrativas Complementares na OH.....	28

---

# 1. Introdução e Justificativa

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.

A Câmara Técnica de OH observou a necessidade de atualizar este manual frente o advento da pandemia e atualizações de protocolos de atendimento, que acelerou a inserção do CD nas equipes multidisciplinares, validando a importância da odontologia na integralidade da saúde sistêmica do paciente.

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. Em assembleia realizada em Palmas Tocantins dia 23 de Agosto de 2023 o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia aprovaram por unanimidade a criação da nova especialidade para a odontologia brasileira: a Odontologia Hospitalar.

A Odontologia Hospitalar foi reconhecida como especialidade consolidando a importância do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares, tornando-se um marco na história da Odontologia brasileira. Ao longo do tempo a atuação do cirurgião dentista se mostrou fundamental em inúmeros diagnósticos, prognósticos e tratamentos hospitalares colaborando na melhora da saúde integral dos pacientes. Inúmeras publicações validam a atuação dos cirurgiões dentistas em hospitais e mais recentemente, na pandemia de COVID-19 ficou clara a importância da Odontologia dentro dos hospitais, enfermarias, UTIs e ambulatórios. A Odontologia, no cumprimento do seu dever, continua colaborando com seus conhecimentos para a integralidade da saúde dos pacientes hospitalares, agora com profissionais especialistas.

É com honra, que o CRO-Pr entrega este Manual de Odontologia Hospitalar para a comunidade odontológica, com o objetivo de que este conhecimento seja amplamente aplicado e contribua para a saúde da sociedade.

### **Referências Bibliográficas:**

1. ARANEGA, AM et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev. Bras. Odontol. 2021 jun;69(1)
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. 2014 jan-jun;16(1):39-45.

## 2. Pacientes oncológicos e onco-hematológicos - adulto

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, mitoses são 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, terapia fotodinâmica, imunoterapia), ou uma combinação das formas de tratamento. Podendo ter intenção curativa ou paliativa.

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

**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). Em 2014 a American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons substituiu o termo BRONJ por MBRONJ (Medication Related Osteonecrosis of the Jaw) que é a osteonecrose induzida por medicamentos. Outros além dos Bisfosfonatos podem causar este tipo de necrose. Destes, muitos anti-neoplásicos utilizados tal como denozumabe em tratamento de câncer de mama.

**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, trismo, osteoradionecrose.

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

**Terapia-Foto-Dinâmica (PDT):** é baseada na combinação de um agente fotossensibilizante que se acumula seletivamente no tecido alvo e luz visível resultando na destruição de células cancerosas assim como pré-cancerosas podendo ser curativo ou paliativo.

**Imunoterapia:** é um tipo de tratamento contra o câncer que visa combater o avanço da doença pela ativação do próprio sistema imunológico do paciente. A ideia é que, com o uso de medicamentos, o organismo elimine a doença de forma mais eficiente e com menos toxicidade; pode ser associada à quimio ou radioterapia.

Em relação ao campo de atuação do cirurgião-dentista, a avaliação odontológica deve ser realizada previamente ao tratamento ao qual o paciente será submetido. Cirúrgico, clínico ou ambos. Quando cirúrgico, o planejamento reconstrutor e fabricação protética para futura reabilitação deve ser feito previamente à cirurgia. A conduta do Cirurgião Dentista de pacientes oncológicos envolve a adequação do meio bucal, a orientação de higiene bucal, cuidados com o uso de próteses, 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.

Entre os tipos de câncer, as neoplasias hematológicas são doenças que se expressam por alterações localizadas no sangue ou em tecidos formadores dele. As doenças hematológicas mais frequentes são leucemias, linfomas e o mieloma múltiplo. Devido a sua infiltração em outros órgãos estabeleceu-se a formação de equipes multidisciplinares para o tratamento dos pacientes.

**Leucemias** são caracterizadas pelo acúmulo de leucócitos anormais na medula óssea. Estas células causam falência do funcionamento medular normal, aumento do número de leucócitos circulantes. Podem ser classificadas como agudas ou crônicas (de lenta progressão).

Todas as formas de leucemia são tratadas por quimioterapia, algumas por terapia alvo e em alguns casos pode ser indicado o transplante de medula óssea.

Muitos pacientes podem apresentar manifestações da doença na cavidade bucal como sangramento gengival espontâneo, formação de petéquias, hematomas, linfadenopatia, ulceração bucal, infecção bucal ou faríngea.

**Linfomas** são alterações malignas de origem linfóide que envolvem frequentemente os linfonodos e tecidos como mucosas, pele e baço. O tratamento do linfoma consiste em radioterapia, quimioterapia e imunoterapia, isoladas ou associadas e transplante de medula óssea quando recidivadas.

Na cavidade bucal, as manifestações podem ocorrer tanto em tecido mole quanto ósseo. Quando em localização intraóssea, o exame radiográfico revela imagem radiolúcida, irregular com reabsorção do osso alveolar e da lâmina dura.

**Mieloma Múltiplo** é um tipo de câncer que se desenvolve na medula óssea afetando os plasmócitos responsáveis pela produção de anticorpos e é o segundo tipo hematológico mais frequente no mundo. Infelizmente, o mieloma múltiplo não tem cura. A sobrevida dos pacientes pode variar de alguns meses até mais de uma década.

Os tratamentos incluem medicamentos, quimioterapia, corticosteroides, radioterapia ou um transplante de células-tronco. Os bisfosfonatos endovenosos são muito utilizados no tratamento de suporte destes pacientes, assim como o uso de daratumumabe. Sendo assim o cirurgião dentista deve estar atento quanto aos procedimentos odontológicos nestes pacientes, e sempre considerar que o tratamento é paliativo em suas tomadas de decisões.

**Transplante de Medula Óssea (TMO)** ou também chamado de transplante de células-tronco hematopoiéticas, é a modalidade de tratamento que promove a destruição da medula óssea com altas doses de quimioterapia, associada ou não a radioterapia e posterior substituição por células progenitoras hematopoiéticas do próprio paciente ou de um doador.

A equipe do transplante de medula óssea deve ser multidisciplinar e composta por médico (oncologista, hematologista, pediatra), enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e cirurgião dentista.

As etapas que envolvem a TMO são: fase pré-transplante, período pós-transplante e alta hospitalar. Na fase pré-transplante, o paciente deve realizar a adequação da cavidade bucal. A radioterapia corporal total (RCT) como condicionador pré-transplante pode causar trismo e xerostomia. Na RCT a quantidade de irradiação é baixa na região de cabeça e pescoço, não conferindo risco para osteoradionecrose. Nos pacientes submetidos somente a quimioterapia, o fluxo salivar retorna a níveis de normalidade geralmente em dois meses. Quando imperativo e necessário o tratamento odontológico poderá ser realizado uma semana antes ou 21 dias após a quimioterapia, na dependência dos resultados da leucometria e da contagem de plaquetas.

**As manifestações buco-maxilo-faciais causadas pelo tratamento são:** mucosite, dor, infecções (fúngicas, virais e bacterianas), hemorragias, alteração das glândulas salivares, cárie, doença do enxerto contra o hospedeiro, disfunção da articulação temporomandibular, trismo, osteonecrose, disgeusia, odinofagia e disfagia.

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

A equipe multidisciplinar deve acompanhar o paciente em todas as fases do tratamento. A integração do Cirurgião Dentista agrega qualidade ao cuidado do paciente, reduz as comorbidades durante e após o tratamento sistêmico, resultando em uma melhor qualidade de vida.

### **Referências Bibliográficas:**

1. Sonis ST, Oster G, Fuchs H, Bellm L, Bradford WZ, Edelsberg J, et al. Oral mucositis and the clinical and economic outcomes of hematopoietic stemcell transplantation. *J Clin Oncol.* 2001;19(8):2201-5.
2. Sonis ST. Oral mucositis. *Anticancer Drugs.* 2011;22(7):607-12. Review.
3. Blijlevens N, Schwenkglenks M, Bacon P, D'Addio A, Einsele H, Maertens J, Niederwieser D, Rabitsch W, Roosaar A, Ruutu T, Schouten H, Stone R, Vokurka S, Quinn B, McCann S; European Blood and Marrow Transplantation Mucositis Advisory Group. Prospective oral mucositis audit: oral mucositis in patients receiving high-dose melphalan or BEAM conditioning chemotherapy-European Blood and Marrow Transplantation Mucositis Advisory Group. *J Clin Oncol.* 2008;26(9):1519-25.
4. Eduardo FP, Bezinelli LM, Orsi MC, Rodrigues M, Ribeiro MS, Hamerschlag N, et al. The influence of dental care associated with laser therapy on oral mucositis during allogeneic hematopoietic cell transplant: retrospective study. *einstein (São Paulo).* 2011;9(2):201-6
5. Ruggiero SL, Dodson TB. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014 Dec;72(12):2381-2. doi: 10.1016/j.joms.2014.08.017. Epub 2014 Oct 7. PMID: 25305084

### 3. Pacientes oncológicos e onco-hematológicos - infantil

O **câncer infantil** corresponde a um grupo de doenças que apresenta proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são aqueles que afetam os glóbulos brancos (leucemia) e correspondem a 25% de todas as neoplasias, em segundo lugar os do sistema nervoso central e em terceiro lugar os tumores do sistema linfático (linfomas) (BRASIL, 2011).

No Brasil e no mundo, o câncer infanto-juvenil é considerado um problema de saúde pública devido ao custo financeiro destinado à detecção, ao diagnóstico e ao tratamento, bem como o impacto emocional vivenciado pela criança, adolescente e sua família (SILVA, 2013).

Com o tratamento atual, as chances de cura das crianças com câncer aumentaram, alcançando taxas de 60 a 70% nos tumores não metastáticos. Os cirurgiões dentistas fazem parte da **equipe multiprofissional** necessária para o diagnóstico e planejamento terapêutico da criança com câncer, atuando durante o tratamento e acompanhamento em longo prazo, na prevenção, controle e tratamento das complicações orais causadas pelo câncer e seu tratamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2018).

A **quimioterapia** e/ou **radioterapia** para tratamento de câncer ou preparação para transplante de células hematopoiéticas, podem causar muitos efeitos adversos agudos e de longo prazo na cavidade oral. Além disso, causas atuais ou potenciais de infecções orais/dentárias e/ou traumas de tecidos moles podem afetar adversamente os cuidados médicos devido à imunossupressão sofrida pelos pacientes, levando a morbidade, mortalidade e altos custos de hospitalização (HONG et al., 2009).

As complicações orais podem ser agudas, quando aparecem durante a terapia oncológica, ou tardias quando aparecem após meses ou anos do término do tratamento. A incidência e a gravidade dessas complicações dependem do tipo e duração do tratamento, dose da quimioterapia e/ou radioterapia, grau de malignidade da neoplasia, idade da criança ao diagnóstico e grau de higiene bucal (FONSECA, 2004). A seguir um quadro de orientações do manejo odontológico ao paciente pediátrico em terapia oncológica.

**Cuidados dentários e bucais antes e durante a terapia do câncer, segundo Clinical Practice Guidelines, 2016:**

- **Antes de iniciar o tratamento do câncer**, deve ser realizado um exame odontológico/oral para identificar fontes existentes e potenciais de infecção e irritação local na cavidade oral sem atrasar desnecessariamente o tratamento do câncer ou causar complicações.

- **Comunique-se** com a equipe de oncologia sobre o estado de saúde bucal do paciente, plano de tratamento e duração do tratamento;

- **Priorizar** o tratamento de infecções dentárias, extrações, terapia periodontal, e eliminação de fontes de irritação tecidual intraoral;

- **Tratamento de mucosite** (por exemplo, enxaguantes antissépticos, anestésicos, analgésicos, agentes de revestimento);

- *Gerenciamento de xerostomia (sialogogos, saliva artificial);*
- *Manejo de doenças infecciosas complicações (agentes antibacterianos, antifúngicos, antivirais) e*
- **Orientar os pais e pacientes, bem como compreender a importância dos cuidados bucais ideais para minimizar problemas/desconforto bucais antes, durante e após o tratamento, e os potenciais efeitos agudos e de longo prazo dos tratamentos no complexo oral e craniofacial.**

Durante a imunossupressão, o atendimento odontológico eletivo deve ser evitado. Se surgir uma emergência odontológica, o plano de tratamento deve ser discutido com o médico do paciente, que fará recomendações para terapias médicas de suporte (FARSI, 2016).

O paciente deve ser atendido semestralmente (ou em intervalos menores se houver risco de xerostomia, cárie, trismo e/ou doença do enxerto contra hospedeiro bucal crônica) para avaliação da saúde bucal durante o tratamento, nos momentos de estabilidade hematológica e sempre após revisão a história médica.

Para garantir uma assistência odontológica segura e eficaz, o cirurgião-dentista precisa do apoio da equipe de oncologia. Além disso, a equipe de oncologia precisa de um dentista pediátrico para garantir que a cavidade oral da criança esteja livre de doenças para evitar complicações durante o tratamento do câncer. A colaboração entre profissionais garante conforto ao paciente e melhores resultados durante e após o tratamento do câncer (RITWIK, 2018).

### **Referências Bibliográficas:**

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation. *Pediatr Dent.* 2018;40(6):392-400.
2. BRASIL, Ministério da saúde. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2. Ed. Rio de Janeiro, RJ, 2011
3. *Silva P. O significado do câncer: percepção de pacientes. Rev Enferm UFPE Online.* 2013 dez;7(12):6828-33.
4. Hong CH, Brennan MT, Lockhart PB. Incidence of acute oral sequelae in pediatric patients undergoing chemotherapy. *Pediatr Dent* 2009;31(5):420-5.
5. Hong CH, daFonseca M. Considerations in the pediatric population with cancer. *Dent Clin North Am.* 2008 Jan;52(1):155-181,ix. doi: 0.1016/j.cden.2007.10.001.
- Da Fonseca MA. Dental care of the pediatric cancer patient. *Pediatr Dent.* 2004;26(1):53-7.
6. Guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation therapy. *Pediatr Dent.* 2016 Oct;38(6):334-342
7. Farsi DJ. Children undergoing chemotherapy: is it too late for dental rehabilitation? *J Clin Pediatr Dent.* 2016;40(6):503-505. doi: 10.17796/1053-4628-40.6.503
8. Ritwik, Priyanshi (2018). Dental Care for Patients With Childhood Cancers. *Ochsner Journal*, 18(4), 351–357. doi:10.31486/toj.18.0061

## 4. Pacientes com comprometimento sistêmico

Muitos pacientes internados em hospital, seja no quarto ou na UTI, apresentam doenças crônicas. Estas doenças de base fazem diferença para o atendimento odontológico. Então é preciso entender estas doenças crônicas prévias e o quadro agudo que levou o paciente ao internamento. Com este conhecimento é possível fazer um planejamento adequado, tratamento dentro das possibilidades do paciente, favorecer a manutenção de saúde bucal e, conseqüentemente, a saúde geral destes pacientes.

### 4.1 Diabetes Mellitus

Diabetes melitus é uma síndrome metabólica caracterizada por hiperglicemia. Para a Odontologia, esta patologia interfere na coagulação sanguínea e na cicatrização dos tecidos. É importante saber o valor de três testes de glicemia:

Glicemia em jejum: 70-99 mg/dl

Glicemia casual: 70-150 mg/dl

Hemoglobina glicada: 4 a 5,7%

Porém, pacientes internados tem aumento intra-hospitalar dos níveis de glicemia e os cirurgiões-dentistas precisam ficar atentos a esses aumentos para planejar procedimentos, principalmente cirúrgicos.

Para **anestesia local**, os sais anestésicos podem ser usados sem restrições e deve ser escolhido com base no tempo de duração dos procedimentos. Porém, para a escolha dos **vasoconstritores**, é necessária atenção. Como a adrenalina é um hormônio hiperglicemiante, utilizar, preferencialmente, a felipressina 0,03UI. Se necessário utilizar adrenalina ou outros vasoconstritores adrenérgicos, monitorar a glicemia casual antes e ao final do procedimento.

O **tratamento odontológico** pode ser dividido em relação ao resultado dos exames de glicemia:

(1) Se o paciente apresenta glicemias dentro do padrão de normalidade, o tratamento não apresenta restrições. Apesar dos resultados dos exames, existe o risco de sangramento em procedimentos cirúrgicos. É importante ter os métodos hemostáticos locais disponíveis no local de atendimento e usar de acordo com a necessidade: esponja de fibrina para sangramento dos alvéolos, subgalato de bismuto para sangramento de tecidos moles e cera para osso para sangramento de origem óssea.

(2) Alguns pacientes são atendidos pela equipe medica e conseguem um controle parcial das glicemias.

Para atendimento ambulatorial, os valores máximos são:

- Glicemia em jejum: até 150 mg/dl

- Glicemia casual: até 200 mg/dl

- Hemoglobina glicada: até 6%

(3) Com os resultados de exames acima dos valores mostrados no item 2, indica-se o tratamento em nível hospitalar. Os procedimentos realizados aqui são de urgência, controle de dor e drenagem de infecção. Outros procedimentos serão realizados depois do controle de glicemia a ser realizado pela equipe médica.

**O foco do atendimento odontológico nestes pacientes é a saúde periodontal.** Preconiza-se orientação de higiene bucal adaptada às necessidades de cada um: tipo de escova, escovas incluindo as interdentais, fita dental, pastas de dente específicas para pacientes com doença periodontal e/ou sensibilidade bucal. As profilaxias e manutenções podem e devem ser realizadas a cada 3 ou 4 meses, se o internamento for prolongado.

Os **medicamentos** mais utilizados pelos diabéticos são: hipoglicemiantes orais e/ou insulina. Por isso, a prevenção de **hipoglicemias** é importante. Agendar consultas de curta ou média duração, preferencialmente pela manhã, com o paciente bem alimentado. O melhor horário dentro do hospital é combinado com a equipe de enfermagem.

Em relação à terapêutica medicamentosa, avaliar quais medicamentos o paciente já tem na sua prescrição hospitalar. Se for necessário adicionar medicamentos à esta prescrição, segue as principais recomendações:

- *Para o controle da dor, os **analgésicos** são a primeira escolha, sejam os periféricos ou os de ação central. Indicar paracetamol, dipirona, codeína ou tramadol, dependendo do procedimento realizado e da dor pós-operatória esperada.*
- *Os **AINEs** são contraindicados porque podem potencializar a ação dos hipoglicemiantes orais e causar um quadro de hipoglicemia.*
- *Os **corticoides** podem ser empregados no pré-operatório, em dose única de até 4mg porque tem mecanismo de ação hiperglicemiante quando usados em altas doses e tempo prolongado.*
- *Em relação aos **antibióticos**, a profilaxia antibiótica será realizada quando o paciente for portador de uma das 5 patologias cardíacas citadas pela American Heart Association, 2021. Se não tem estas patologias cardíacas, preconiza-se a terapia antibiótica, que pode ser iniciada de 24 a 72 horas antes do procedimento. O antibiótico de escolha é amoxicilina, seguido de amoxicilina com clavulanato de potássio; em caso de alergia, substituir por azitromicina.*

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB, Bolger AF, DeSimone DC, Kazi DS, Couper DJ, Beaton A, Kilmartin C, Miro JM, Sable C, Jackson MA, Baddour LM; American Heart Association Young Hearts Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee of the Council on Lifelong Congenital Heart Disease and Heart Health in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and the Council on Quality of Care and Outcomes Research. Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021 May 18;143(20):e963-e978. doi: 10.1161/CIR.0000000000000969. Epub 2021 Apr 15. Erratum in: *Circulation*. 2021 Aug 31;144(9):e192. Erratum in: *Circulation*. 2022 Apr 26;145(17):e868. PMID: 33853363.
2. Velasco-Ortega E, Delgado-Ruiz RA, López-López J. Dentistry and Diabetes: The Influence of Diabetes in Oral Diseases and Dental Treatments. *J Diabetes Res*. 2016;2016:6073190. doi: 10.1155/2016/6073190. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28119931; PMCID: PMC5227176.
3. Sambrook PJ, Goss AN. Contemporary exodontia. *Aust Dent J*. 2018 Mar;63 Suppl 1:S11-S18. doi: 10.1111/adj.12586. Erratum in: *Aust Dent J*. 2018 Jun;63(2):266. PMID: 29574811.
4. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*. 1998 Jul;15(7):539-53. doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S. PMID: 9686693.

## 4.2 Nefropatas

Os **rins** são os órgãos responsáveis pela filtração do sangue e regulação de muitas funções corporais, como pressão arterial, pH sanguíneo, regulação do equilíbrio hidroeletrólítico e excreção de medicamentos, incluindo os anestésicos locais e os medicamentos prescritos pelos cirurgiões-dentistas. Nos casos de diminuição destas funções, o paciente tem **doença renal**. Em caso de ausência de uma ou mais funções, o paciente apresenta insuficiência renal.

Os sintomas de doença mais importantes são: retenção de líquidos com edemas de extremidades, hipertensão arterial refrataria e fadiga crônica. Os **exames** que avaliam a função renal são feitos rotineiramente em hospital e nós podemos interpretar antes de fazer o plano de tratamento do paciente.

Os **anestésicos locais** mais indicados são lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 para procedimentos curtos, procaína 3% com felipressina 0,03UI para procedimentos de media duração e articaína 4% com epinefrina 1:200.000 para procedimentos de longa duração. Também existe a indicação de se fazer todo o tratamento odontológico necessário sob **anestesia geral**.

Como os rins filtram uma menor quantidade de sangue por minuto, a dose precisa ser menor, para evitar toxicidade. Considera-se seguro o limite de **2 tubetes de anestésico por procedimento**. O sal anestésico **mepivacaína apresenta uma contraindicação** relativa porque possui metabolização e excreção renal mais lentas comparado a outros sais anestésicos, aumentando o risco de toxicidade sistêmica. Caso seja necessário usar, calcular 50% da dose usual.

Em relação ao **tratamento odontológico**, podem ser realizados todos os procedimentos necessários para a manutenção da saúde bucal, que é o que se preconiza em pacientes internados. Os cuidados a serem tomados são: diminuir a duração das consultas e o número de procedimentos feitos na mesma sessão, para que se respeite o limite máximo de 2 tubetes anestésicos por atendimento.

Para **prescrever**, a ideia principal da terapêutica é diminuir a dose dos medicamentos porque os rins doentes filtram mais lentamente do que o normal. Se a dose usual for prescrita, o paciente poderá apresentar toxicidade sistêmica.

Os medicamentos mais prescritos pelos cirurgiões-dentistas e as sugestões para ajuste de dose são:

- Para analgesia periférica, os analgésicos paracetamol e dipirona são utilizados com dose de 500mg a cada 12 horas.
- Para analgesia central, o analgésico opióide tramadol é usado com dose de 50 mg a cada 12 horas.
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): estão contraindicados porque podem interagir com anti-hipertensivos e diuréticos, causando uma elevação repentina da pressão arterial.
- Anti-inflamatórios esteroidais: preferencialmente substituir por analgésico de ação central. Se o efeito anti-inflamatório for imprescindível, usar dexametasona 0,5mg ou betametasona 0,5mg em dose única.
- Antibióticos: a primeira escolha é amoxicilina 500mg a cada 12 horas; em caso de alergia, indica-se a clindamicina 300 mg a cada 12 horas. O grupo das cefalosporinas está contraindicado.

## Referências Bibliográficas

1. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res*. 2005 Mar;84(3):199-208. doi: 10.1177/154405910508400301. PMID: 15723858.
2. Uppal J, Trivedi H, Gupta ND, Bey A. Periodontal management of severe periodontitis and generalized gingival enlargement in a patient with chronic renal failure. *J Indian Soc Periodontol*. 2020 May-Jun;24(3):284-288. doi: 10.4103/jisp.jisp\_194\_19. Epub 2020 Jan 27. PMID: 28773982; PMCID: PMC7307469.
3. Ferguson CA, Whyman RA. Dental management of people with renal disease and renal transplants. *N Z Dent J*. 1998 Sep;94(417):125-30. PMID: 9775650.
4. Yuan Q, Xiong QC, Gupta M, López-Pintor RM, Chen XL, Seriwatanachai D, Densmore M, Man Y, Gong P. Dental implant treatment for renal failure patients on dialysis: a clinical guideline. *Int J Oral Sci*. 2017 Sep;9(3):125-132. doi: 10.1038/ijos.2017.23. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28644432; PMCID: PMC5709544.

### 4.3 Hepatopatas

É crescente o número de pessoas acometidas por doenças crônicas, dentre elas, as doenças hepáticas, que são consideradas um problema de saúde pública mundial. A hepatite C é uma das principais causas de doenças hepáticas crônicas (DHC), acarretando impacto negativo sobre a qualidade de vida (QV). O fígado é um órgão essencial, com alto potencial de regeneração e de complexas funções. Apesar de apresentar capacidade regenerativa, não está isento de injúrias. A cirrose hepática consiste na evolução de doenças crônicas do fígado, com possibilidade de evoluir para a insuficiência hepática. A identificação e o manejo das manifestações sistêmicas e orais desses pacientes, bem como daqueles candidatos ao transplante hepático, promove importante contribuição nas taxas de sobrevivência.

A avaliação odontológica é um pré-requisito recomendado, tendo em vista que a terapia imunossupressora induzida por drogas, necessária para o sucesso de transplante de órgãos, traz consigo o risco de infecções oportunistas. Desta forma, focos de infecções dentais devem ser eliminados antes do transplante, com o objetivo de evitar infecções generalizadas de origem bucal. Mais de 90% dos pacientes portadores de doença hepática crônica apresentam alterações na coagulação, o que sugere aumento do risco de hemorragia. Procedimentos cirúrgicos são atrasados ou cancelados pelo temor de sangramento, torna-se necessário estabelecer um protocolo de atendimento pelo cirurgião- dentista, avaliando os exames complementares, a terapêutica medicamentosa usada, se é paciente pré ou pós transplante, por sua peculiaridade em cada fase da doença.

O tratamento odontológico de indivíduos com hepatopatias requer a realização da coleta de toda a história clínica, identificação minuciosa dos medicamentos em uso e verificação ou solicitação de exames laboratoriais para avaliação do hemograma e do coagulograma. Em seguida, deve ser feito um cuidadoso exame extra e intraoral. O fígado é fundamental no metabolismo de drogas e os pacientes com doença hepática podem apresentar capacidade diminuída de transformação e eliminação das mesmas. Assim, caso haja necessidade de prescrição de medicamentos, deve-se analisar qual droga e melhor via de administração, uma

vez que a capacidade de absorção destes pacientes é comprometida.

Vista a complexidade da condição geral destes pacientes, o cirurgião-dentista deve estar atento a três aspectos essenciais: controle da hemostasia, controle da infecção e controle da dor. Deve-se priorizar sempre que possível, os procedimentos de alívio da dor e a abordagem dos quadros infecciosos e na sequência procedimentos restauradores e /ou estéticos que possam devolver-lhes a funcionalidade e qualidade mastigatória.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. ÅBERG F, HELENIUS-HIETALA J, MEURMAN J, ISONIEMI H. Association between dental infections and the clinical course of chronic liver disease. *Hepatology Research*, v.44, n.3, 349-353, Apr. 2014.
  2. AFDHAL, N.; MCHUTCHISON, J.; BROWN, R. Thrombocytopenia associated with chronic liver disease. *J Hepatol*, v.48, p.1000-1007, Jun. 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.160, de 29 de maio de 2006. Modifica os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade de estado clínico do paciente. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006>.
3. Guyton A.C., Hall J.E. *Textbook of Medical Physiology*, 12 edição. Editora Saunders. Philadelphia; 2010.

#### **4.4 Cardiopatas**

As cardiopatias são uma das doenças mais frequentes no mundo. Por esse motivo, o cirurgião-dentista provavelmente receberá vários cardiopatas em seu consultório e deve estar apto para atendê-los. Dentre os vários tipos, a cardiopatia isquêmica, as arritmias e endocardites bacterianas são as que apresentam maior grau de comprometimento cardiovascular. Este estudo tem como objetivo mostrar a importância do conhecimento prévio das principais cardiopatias, suas características, escolha adequada dos anestésicos locais, entre outros fatores que preparam o cirurgião dentista para o atendimento seguro do paciente cardiopata.

O atendimento odontológico a pacientes cardiopatas exige de toda a equipe de saúde, principalmente do cirurgião-dentista, uma atenção especial devido aos riscos relacionados às intervenções visando à saúde bucal. As principais cardiopatias são desencadeadas por mudanças no nível de ansiedade desses pacientes, as quais são comuns só pelo fato de saberem que serão submetidos à tratamento odontológico. Além disso, o cirurgião-dentista deve estar ciente do nível de estresse do cardiopata, que medicamentos esse paciente está utilizando, assim como sua condição sistêmica. Essa é conduta a ser adota pelo odontólogo durante a anamnese, como também deve estar ciente das possíveis manifestações bucais produzidas pelo uso de anti-hipertensivos. O controle farmacológico da ansiedade assume papel de destaque no atendimento a pacientes cardiopatas. Como o crescimento e envelhecimento da população brasileira é acompanhado pelo aumento do número de doenças cardiovasculares, torna-se importante elaborar um plano de ação para atendimento odontológico a pacientes cardiopatas nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde, especialmente na atenção primária e no ambiente hospitalar pois esses indivíduos estão inseridos num grupo de risco, cujo atendimento deve ser prioritário.

A atuação do CD deve ser baseada numa anamnese detalhada, conversa com o paciente, prestar atenção aos sinais e sintomas, fazer a profilaxia antibiótica conforme a indicação, entender de primeiros socorros, observar a cadeira, fazer consultas curtas, ter atenção à medicação de uso sistêmico.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Alves L, Cesar JA, Horta BL. Prevalence of angina pectoris in Pelotas, south of Brazil. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(2): 180.
2. ANDRADE, E, D. *Terapêutica medicamentosa na odontologia*. 3ed- São Paulo: Artes Médicas, 2014.
3. BARROS, M, N, F, et al: TRATAMENTO DE PACIENTES CARDIOPATAS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 4, n. 1, p. 109-114, jan./abr. 2011 - ISSN 1983-1870
4. CAMPOS, C, C, et al: MANUAL PRÁTICO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS. Universidade Federal de Goiás, Goiania. P.43-44, 2009.
5. CARNEIRO, C, M. o uso de anestésicos locais associados à vasoconstritores em pacientes portadores de cardiopatias. Uberaba, 2017

#### **4.5 Neuropatas**

Pacientes com comprometimento neurológico apresentam dificuldades motoras importantes. A atuação do cirurgião-dentista neste grupo de pacientes hospitalizados pode ser para prevenir lesões de mordedura em lábios e língua pelos movimentos musculares involuntários.

Para este **tratamento**, o uso de toxina botulínica é uma indicação segura. O profissional deve avaliar em quais regiões aplicar a toxina, sendo as mais comuns os músculos masseter, temporal e mental, seguidos do depressor do lábio inferior e depressor do ângulo da boca. Como em toda aplicação de toxina botulínica para diminuição de força e contração muscular, é preciso analisar o caso individualmente e aplicar uma quantidade que diminua a força muscular e, consequentemente, as lesões por mordedura, sem afetar as funções do aparelho estomatognático.

Outro ponto importante é usar abridores de boca do tipo Molt para evitar mordidas no dedo do profissional ou sobre instrumentos que machuquem o paciente. O abridor do tipo Molt também é seguro e não deslocável para via aérea superior.

O uso de **anestesia local** não apresenta contraindicações absolutas. Dependendo da patologia, como acidente vascular encefálico, indica-se o vasoconstritor felipressina. Para uso de vasoconstritores adrenérgicos, avaliar a possibilidade com a equipe de neurologistas e fazer uma técnica com refluxo para não injetar anestésico intravascular.

A **terapêutica medicamentosa** é uma parte mais difícil porque o anestésico local e os analgésicos opióides atuam a nível encefálico porque atravessam a barreira hematoencefálica. Com isso, pode ocorrer a potencialização destas medicações, bem como das medicações prescritas para o quadro neurológico. É necessário ajustar a dose e prescrever 80% da dose usual. Antiinflamatórios e antibióticos podem ser utilizados, se necessário.

### **Referências Bibliográficas:**

1. Cahlin BJ, Lindberg C, Dahlström L. Cerebral palsy and bruxism: Effects of botulinum toxin injections-A randomized controlled trial. *Clin Exp Dent Res*. 2019 Jun 29;5(5):460-468. doi: 10.1002/cre2.207. PMID: 31687178; PMCID: PMC6820579.
2. Chiappelli F, Bauer J, Spackman S, Prolo P, Edgerton M, Armenian C, Dickmeyer J, Harper S. Dental needs of the elderly in the 21st century. *Gen Dent*. 2002 Jul-Aug;50(4):358-63. PMID: 12640853.
3. Henry RG. Neurological disorders in dentistry: managing patients with Alzheimer's disease. *J Indiana Dent Assoc*. 1997-1998 Winter;76(4):51-7; quiz 58. PMID: 9584704.

### **4.6 Imunossuprimidos**

Os pacientes imunossuprimidos quando receberem o atendimento do cirurgião dentista em ambiente hospitalar é essencial, visando os rigorosos cuidados através de protocolos de descontaminação oral, o acompanhamento das necessidades e evolução dos casos. É importante que a Unidade de Terapia Intensiva em hospitais tenha uma interação entre profissionais: fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e dentistas para que ocorra uma concordância entre os protocolos a serem seguidos através do controle de infecção hospitalar. O cirurgião dentista qualificado inserido no âmbito hospitalar, desenvolve várias atividades sendo exemplos: reembasamento de prótese, exodontias, cirurgias politraumatizantes, instrução de higiene oral, realização de biópsias e citologias esfoliativas, diagnóstico e tratamento de patologias orais, no qual traz melhorias no quadro geral do paciente, diminuindo tempo e custos de internação. Hospitais que possuem a presença do cirurgião dentista em unidades de terapia intensiva, possuem menor tempo de internação, diminuindo possíveis custos, infecções e riscos que poderiam ainda ser gerados.

Na condição de imunossupressão, os pacientes, manifestam com frequência alterações na cavidade oral. De 70% a 90% dos pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) terá pelo menos uma manifestação bucal durante todo o curso da patologia, onde o surgimento destas pode determinar a progressão da doença. Os cirurgiões-dentistas podem ser os primeiros profissionais a se depararem com as manifestações na cavidade oral, sendo que devem saber identificá-las para agilizar seu tratamento.

Os pacientes portadores da Insuficiência Renal Crônica, em hemodiálise e candidatos ao transplante, ou transplantados, apresentam maior predisposição para o desenvolvimento de patologias bucais. O tratamento odontológico deve ser principalmente no controle das infecções derivadas da doença renal crônica e seus soropositivos, independente da faixa etária. Embora esta seja um tipo de manifestação prevalente em pacientes pediátricos leucêmicos. Nos pacientes renais crônicos, o enfoque está para as doenças periodontais. manifestações orais, além disso, o cirurgião-dentista deve conscientizar o paciente da relação direta da saúde bucal e saúde geral.

Os pacientes oncológicos e onco-hematológicos, também se enquadram nesta classe como consequência da imunossupressão causada pela condição e pelo tratamento antineoplásico, que não tratadas, podem repercutir a nível sistêmico, interferindo na terapêutica médica e no tempo de internação hospitalar do paciente, além de proporcionar uma queda na qualidade de vida do mesmo, sendo que dentre as alterações que se observa, a

candidíase é a manifestação mais prevalente em todos os pacientes. Denota-se que a atenção às manifestações bucais consequentes de uma imunossupressão patológica ou terapêutica, que o papel do cirurgião-dentista ganha cada vez mais importância uma vez que, identificando intercorrências orais resultantes do processo de imunossupressão, estará contribuindo de forma efetiva para a qualidade de vida do paciente e praticando um cuidado que repercutirá na sua saúde integral.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Ribeiro BB, Guerra LM, Galhardi WMP, Cortellazzi KL. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Odonto* 2012; 20(39): 61-70.
  2. Miranzi MAS, Montandon DS, Miranzi BAS, Meireles JF, Paula PB, Goulart DMM. Prevalência de manifestações bucais e sua associação com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Online]. Ago/Dez 2015; 4(2):100-114.
  3. Medeiros NH, Neves RRA, Amorim JNC, Mendonça SMS. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico – revisão de literatura. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo set-dez 2014; 26(3): 232-42.*
  4. Hespanhol FL, Tinoco BEM, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(Supl. 1):1085-1094.
- Lacerda MCSR, Viana KB, Dores DF, Bessa-Nogueira RV, Ribeiro CMB. Caracterização da saúde bucal de indivíduos renais crônicos aptos a transplante. *Rev Odontol UNESP*. 2015.

## 5. Odontologia Hospitalar na COVID-19

A pneumonia altamente infecciosa surgiu pela primeira vez em Wuhan, China, no final de 2019 e, desde então, o novo coronavírus H2N2 causador da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) se espalhou rapidamente em todo o mundo.

Em 11 de Março de 2020 as Nações Unidas através da Organização Mundial de Saúde declara Pandemia Mundial da doença chamada de coronavírus 2019 ou (COVID- 19).

**NO DIA 26 Março de 2020, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) criaram o Comitê de Odontologia de Enfrentamento à COVID-19. O trabalho unificado tem como foco específico auxiliar Cirurgiões-Dentistas e agentes públicos contra a proliferação do vírus. De imediato, foram elaboradas recomendações para contribuir na tomada de decisões clínicas desses profissionais que atendem pacientes com suspeita de COVID-19 a fim de minimizar a propagação desta pandemia histórica.** Destacam-se aqui duas recomendações principais. Ressalta-se que as recomendações estão periodicamente sendo revisadas, atualizadas e publicadas, uma vez que a pandemia, no momento da publicação deste manual, ainda existe no mundo.

Os cuidados com os pacientes em UTI e traqueostomizados:

- 1) A **manutenção da higiene bucal** deve ser feita para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM).
- 2) Pelas evidências clínicas colhidas anteriormente e diante dos trabalhos publicados, sugere-se que o **peróxido de hidrogênio a 1%** pode ser a solução utilizada para antisepsia intra-bucal e controle químico de placa.
- 3) Fazer o diagnóstico de infecções fúngicas na cavidade bucal para que a equipe médica avalie se esta infecção fúngica também acometeu os pulmões.

- 4) Fazer o **diagnóstico de infecções bacterianas agudas e crônicas**, doença periodontal e cáries.
- 5) Fazer o **diagnóstico de lesões e propor biópsias** quando o paciente puder ser submetido a procedimento cirúrgico.
- 6) Cuidar com a **saúde dos lábios** com a prescrição de hidratantes ou soluções umectantes.
- 7) A prescrição de **saliva artificial** nos pacientes com xerostomia é muito importante. Pode ser adquirida em farmácias ou ser manipulada. A vantagem da saliva artificial manipulada é que não tem sabor e facilita o uso pelas pessoas com ardência bucal.

A revisão de literatura mostrou que pacientes de Covid-19, apresentaram desde xerostomia, hipossalivação, hipersalivação, e mudança na bioquímica da saliva, isto se dá devido as glândulas salivares servirem como reservatório do vírus, lesões na mucosa oral, perda de olfato e paladar.

As principais **lesões na mucosa oral** revelam que os tipos de lesões orais mais comuns são lesões ulcerativas e vesicobolhosas, pápulas eritematosas, lesões tipo petéquias, xerostomia, **quelite angular**, síndrome da boca ardente, glossite, aftas, lesões eritematosas e papilite linguística transitória. Sendo que os locais mais acometidos por essas manifestações estomatológicas são o palato duro, dorso da língua e da mucosa labial.

A atuação do cirurgião dentista no cuidado de pacientes acometidos por Covid-19 em hospitais, UTI's, assim como na modalidade domiciliar traz inúmeros **benefícios**, pois seu trabalho permite uma **melhor manutenção da saúde bucal do paciente, previne a progressão da doença base, o surgimento de infecções oportunistas e, conseqüentemente, diminui o índice de mortalidade, bem como o período de internação.**

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Oliveira, D. dos S., Pinheiro, A. C., Cunha, O. G. da, & Carlos, A. M. P. (2021). Manifestações Oraís Após Contaminação Por Covid-19: Revisão De Literatura / Oral Manifestations After Contamination By Covid-19: Literature Review. Brazilian Journal of Development, 7(11), 104566–104580. <https://bit.ly/2UlaOwc>
2. Tsuchiya, H. Oral Symptoms Associated with COVID-19 and Their Pathogenic Mechanisms: A Literature Review. Dent. J. 2021, 9, 32

## **6. Atendimento em UTI – adulto**

A **UTI** é um local de cuidados intensivos e monitorização contínua e invasiva de pacientes com doenças graves ou pós-operatório. O cirurgião-dentista precisa entender este conceito para abordar adequadamente os pacientes internados.

Um ponto importante é conhecer os **equipamentos** utilizados na maioria dos pacientes: monitor eletrocardiográfico, bomba de infusão de medicamentos, bomba de infusão de alimentação enteral, equipo de soro com acesso periférico ou acesso central, respirador, aspiração e sonda para aspiração.

Durante o atendimento odontológico, a equipe de Odontologia precisa olhar continuamente o monitor eletrocardiográfico porque mostra alterações dos **sinais vitais** PA, FC, FR. O monitor auxilia o profissional a realizar procedimentos sem aumentar a frequência cardíaca ou a pressão arterial do paciente. Também indica se a respiração está adequada. O acesso venoso, seja periférico ou central, precisa ser coberto com compressa para que não seja contaminado pelos aerossóis gerados durante atendimento. O respirador permanece ligado durante nosso atendimento e podemos mudar o tubo de lugar, se necessário, sem removê-lo.

Após o atendimento, é preciso recolocar o tubo no lugar e organizar as mangueiras para que não condense ar e não aumente o risco de PAV. Enfermeiros e fisioterapeutas podem auxiliar neste processo. **A prevenção de PAV** é uma das principais contribuições da Odontologia para as UTIs e seus pacientes.

Para **pacientes intubados e inconscientes**, o foco é realizar **higiene bucal** com escovação e, se possível, uso de fio dental, sem pasta de dente para evitar espuma na boca e vias aéreas. Sempre verificar o **balonete** e se está com pressão adequada. Depois da higiene, avaliar mucosas e dentes para **diagnóstico** de lesões de cárie, doença periodontal ou lesões relacionadas a patologias sistêmicas. Se houver suspeita de **tumores de maxila e mandíbula**, solicitar radiografias ou tomografias que serão feitas no próprio hospital. A visita do cirurgião-dentista pode ser diária para realizar higiene e verificar se a higiene realizada pelos outros membros da equipe está sendo feita da forma correta. O uso de **colutórios** é indicado, desde que em pequena quantidade, sem criar volume de líquido na orofaringe.

Para **pacientes não-intubados e conscientes**, o foco é o mesmo e pode ser utilizada pasta de dente, conforme o hábito do paciente. Nestes pacientes, também está indicado o uso de próteses para favorecer alimentação. Pode ser colocada na hora da alimentação e removida em seguida, se a equipe de fisioterapia precisar fazer procedimentos de aspiração pulmonar.

Pontos de atenção secundários são: **diagnóstico** de infecções bacterianas agudas e crônicas, fúngicas e virais da cavidade bucal, diagnóstico de lesões relacionadas a patologias sistêmicas, prescrição de **saliva artificial** e **hidratantes labiais**, **controle de dor** de origem odontogênica e **drenagem de abscessos** agudos.

**Anestesia local** e **terapêutica medicamentosa** podem ser realizados pelos cirurgiões-dentistas, baseado nas prescrições que o paciente já possui e no conhecimento de interações medicamentosas.

O ponto-chave do sucesso no atendimento em UTI é a participação do cirurgião-dentista nas **reuniões multiprofissionais**. É uma reunião com todos os profissionais assistentes dos pacientes e cada um apresenta seu diagnóstico e as terapêuticas propostas para os demais membros da equipe. Nesta reunião, podemos mostrar a importância da Odontologia e agregar os nossos tratamentos no tratamento integral de saúde do paciente.

#### **Referências Bibliográficas:**

1. Alecrim RX, Taminato M, Belasco A, Longo MCB, Kusahara DM, Fram D. Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019 Mar-Apr;72(2):521-530. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0473. Epub 2019 Apr 18. PMID: 31017218.
2. Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E, Ng L, Worthington HV, Needleman I, Furness S. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 13;(8):CD008367. doi: 10.1002/14651858.CD008367.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 25;10:CD008367. PMID: 23939759.
3. Lavigne SE, Forrest JL. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal microbes and respiratory diseases: Position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. Can J Dent Hyg. 2020 Oct 1;54(3):144-155. PMID: 33240374; PMCID: PMC7668272.
4. Nambiar M, Varma SR, Jaber M, Sreelatha SV, Thomas B, Nair AS. Mycotic infections - mucormycosis and oral candidiasis associated with Covid-19: a significant and challenging association. J Oral Microbiol. 2021 Aug 26;13(1):1967699. doi: 10.1080/20002297.2021.1967699. PMID: 34527182; PMCID: PMC8436966.

## 7. Atendimento em UTI - infantil

A UTI pediátrica é uma unidade para atendimento aos pacientes pediátricos que necessitam de terapia intensiva independente do diagnóstico, ou seja, unidades voltadas aos cuidados do paciente pediátrico em estado crítico em todos os níveis assistenciais. O cirurgião dentista, inserido na equipe multiprofissional, deve mantê-la sempre atualizada sobre os cuidados necessários sobre boa higiene oral, mantendo a integridade da saúde bucal de seus paciente e exaltando a importância desta na prevenção de complicações sistêmicas.

Um procedimento operacional padrão de higiene bucal (POP de HB) deve ser implantado e é fundamental para manter a saúde integral, prevenindo o aparecimento de lesões bucais e as consequências de uma higiene bucal inadequada.

Os motivos que levam um paciente a UTI podem ser inúmeros. Desde uma criança cardiopata que requer suporte hemodinâmico ou problemas cardíacos congênitos, insuficiência respiratória, correções cirúrgicas de válvulas cardíacas ou até mesmo transplantes seja de medula óssea ou órgãos sólidos.

Em casos graves muitos destes pacientes encontram-se desacordados e impossibilitados de manterem uma rotina de cuidados sendo necessário um suporte complexo e multiprofissional que é ofertado na UTI.

No ponto de vista odontológico a complicação mais frequente se torna o aumento da microbiota bucal decorrente privação de higiene bucal adequada que ocasiona em uma elevação da quantidade e da complexidade do biofilme bucal sendo uma fonte de infecção importante. Frequentemente os pacientes chegam a UTI com um comprometimento odontológico pré-existente que pode envolver cáries e infecções endodônticas. Também, as bactérias presentes em boca possuem capacidade de gerar processos patológicos específicos e evoluir a difusão hematológica dos patógenos podendo gerar serias complicações graves associadas a sepse, como endocardite bacteriana. Fatores como a intubação orotraqueal, podem ocasionar lesões por pressão nas mucosas orais ou servir como mecanismo de infecção bacteriana pulmonar conhecido como pneumonia nosocomial. O uso prolongado de medicações anticoagulantes em altas doses pode promover o risco aumentado de sangramento em boca decorrente de lesões orais ou de orofaringe. Traumas em tecidos moles bucais ocasionado por mordedura podem ser comuns em pacientes complexos com comprometimento neurológico associado e cardiopatia. Pacientes a serem submetidos a transplantes necessitam previamente de remoção de focos odontogênicos visando minimizar a possibilidade de infecções induzidas pela imunossupressão.

Tendo em vista as afecções relacionadas a condição bucal em pacientes sob cuidados intensivos reforça a importância da avaliação periódica o cirurgião dentista especializado e habituado com a complexidade de casos que a UTI pode apresentar. O reforço e orientação de higiene bucal periódica junto a equipe de enfermagem deve ser constante, além de cuidados no tratamento de lesões de caráter inflamatório ou infeccioso em mucosas ou dentes acometidos devem ser avaliados minuciosamente pelo profissional e discutidos com os médicos responsáveis para avaliar o risco e benefício da realização de procedimentos

odontológicos que o paciente crítico pode apresentar.

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 condição bucal com complicações sistêmicas, desse modo fortalecendo a presença do cirurgião dentista especializado junto a equipe multidisciplinar.

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

## 8. Cuidados Paliativos

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 no atendimento domiciliar, 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 (Figueiredo, 2008).

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 (Martins, 2010).

Chapter et al. (2004), relatam a 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 (VIEIRA; LEITE; MELO; FIGUEIREDO2012).

### 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 W B 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

## 9. PICs - Práticas Integrativas Complementares na Odontologia Hospitalar

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

As práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). São elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

Estas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação. Uma das abordagens desse campo são a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. As indicações são embasadas no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social.

Entre as principais diretrizes da PNPIC está o aumento da resolutividade dos serviços de saúde, que ocorre a partir da integração – ao modelo convencional de cuidado – de racionalidades com olhar e atuação mais ampliados, agindo de forma integrada e/ou complementar no diagnóstico, na avaliação e no cuidado.

## **Ayurveda**

De origem indiana, é considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo e significa Ciência ou Conhecimento da Vida. Nascida da observação, experiência e o uso de recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado, este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver. No Ayurveda, o corpo humano é composto por cinco elementos – éter, ar, fogo, água e terra –, os quais compõem o organismo, os estados energéticos e emocionais e, em desequilíbrio, podem induzir o surgimento de doenças. A investigação diagnóstica a partir de suas teorias fundamentais, como a avaliação dos doshas, leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa.

Os tratamentos ayurvédicos consideram a singularidade de cada pessoa, e utilizam técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e cuidados dietéticos. Para o ayurveda, indivíduo saudável é aquele que tem os doshas (humores) em equilíbrio, os dhatus (tecidos) com nutrição adequada, os malas (excreções) eliminados adequadamente, e apresenta uma alegria e satisfação na mente e espírito.

## **Yoga**

Prática corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação. Apresenta técnicas específicas, como hatha-yoga, mantra-yoga, laya-yoga, que se referem a tradições especializadas, e trabalha os aspectos físico, mental, emocional, energético e espiritual do praticante com vistas à unificação do ser humano em si e por si mesmo.

Entre os principais benefícios obtidos por meio da prática do yoga estão a redução do estresse, a regulação do sistema nervoso e respiratório, o equilíbrio do sono, o aumento da vitalidade psicofísica, o equilíbrio da produção hormonal, o fortalecimento do sistema imunológico, o aumento da capacidade de concentração e de criatividade e a promoção da reeducação mental com consequente melhoria dos quadros de humor, o que reverbera na qualidade de vida dos praticantes.

## **Meditação**

Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação amplia a capacidade de

observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as interrelações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência.

## **Ozonioterapia**

Prática integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, e promove melhoria de diversas doenças. O ozônio medicinal, nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal. Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.

## **Terapia de florais**

Prática terapêutica que utiliza essências derivadas de flores para atuar nos estados mentais e emocionais. A terapia de florais de Bach, criada pelo inglês Dr. Edward Bach (1886-1936), é o sistema precursor desta prática. Exemplos de outros sistemas de florais: australianos, californianos, de Minas, de Saint Germain, do cerrado, Joel Aleixo, Mystica, do Alaska, do Hawai.

## **Aromaterapia**

Prática terapêutica secular que utiliza as propriedades dos óleos essenciais, concentrados voláteis extraídos de vegetais, para recuperar o equilíbrio e a harmonia do organismo visando à promoção da saúde física e mental, ao bem-estar e à higiene. Com amplo uso individual e/ou coletivo, pode ser associada a outras práticas – como terapia de florais, cromoterapia, entre outras – e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.

## **Referências**

1. CollièreMF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses 1989
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM. Brasília. Ministério da Saúde, 2014.
3. OMS. Organização Mundial de Saúde. Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Genebra. OMS; 2006

CONSELHEIROS EFETIVOS

**Presidente**

Aguinaldo Coelho de Farias

**Secretário**

Claudenir Rossato

**Tesoureiro**

Guilherme Fernandes Graziani

**Presidente da Comissão de Ética**

Gilce Czulniak

**Presidente da Comissão de Tomada de Contas**

Oscar Fernando Machuca

**Diretoria - Conselheiros Suplentes**

Abrilino de Souza Ramos

Antonio Carlos Pedrali Cariani

Cassia Cilene Dezan Garbelini

Irati Luis Michelin Pirolla

Vânia Portela Ditzel Westphalen

**Gestão 2022 / 2023**

# 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](http://www.cropr.org.br)

### **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 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 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 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 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 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 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

