

TERAPIA ENDODÔNTICA OU EXODONTIA: TOMADA DE DECISÃO NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ENDODONTIC THERAPY OR EXODONTIA: DECISION-MAKING IN THE TREATMENT OF DISABLED PERSONS

ANA CAROLINA BORBA DE MELO¹, CLÁUDIA CRISTINA BRAINER DE OLIVEIRA MOTA²

1. Acadêmico do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA); 2. Cirurgiã-Dentista, Doutora pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Docente do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA).

* Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA). Av. Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru-PE, Brasil, 55016-901. E-mail: claudiamota@asces.edu.br

Recebido em xx/xx/201x. Aceito para publicação em xx/xx/201x

RESUMO

Pessoas com deficiência têm maior propensão para o surgimento de agravos bucais, como cáries, perda dentária prematura, problemas periodontais, hábitos parafuncionais e má-oclusões, devido ao uso constante de medicações, dieta cariogênica e dificuldades na realização da higienização. A cárie não tratada pode atingir a polpa, requerendo o tratamento endodôntico. Todavia, a depender do tipo de deficiência, e da condição dentária na qual o paciente se encontra, este pode não representar a melhor opção terapêutica, necessitando de exodontia, prática esta que muitas vezes perpassa as considerações a respeito da condição do paciente, visto que os procedimentos de menor complexidade tendem a ser preferidos por muitos cirurgiões dentistas, a fim de evitar complicações ou retratamentos, com isso, as extrações dentárias são frequentes. Neste contexto, o objetivo deste trabalho é discutir os fatores que norteiam a tomada de decisão entre tratamento endodôntico ou exodontia em dentes com pulpopatias em pessoas com deficiência, uma vez que esta população apresenta alto índice de cárie e tende a buscar o tratamento odontológico tardiamente. É necessário ao cirurgião dentista conhecimento da condição dos pacientes, avaliação clínica rigorosa e integração com a equipe médica para definição da terapêutica que melhor se adequa às necessidades clínicas apresentadas.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia bucal; endodontia; pessoas com deficiência.

ABSTRACT

Patients who present disabilities are more susceptible to development of oral diseases, such as caries, premature tooth loss, periodontal disease, parafunctional habits and malocclusions due to the constant use of drugs, cariogenic diet and difficulties in carrying out hygiene. Caries, if untreated, can reach the

pulp chamber, requiring endodontic treatment. However, depending on the type of disability, the systemic and dental condition presented by the patient, endodontic intervention may not represent the best therapeutic way, so the tooth extraction is the indicated treatment, a common practice in this population. This practice often exceeds the considerations regarding the patient's condition; so many dentists prefer less complexity procedures, in order to avoid complications or retreatments, with frequent number of tooth extractions. In this context, the aim of this study is to discuss the factors that guide the decision-making between the endodontic treatment and the exodontia for teeth with pulp involvement in people with disabilities, since this population presents high caries index and seeks oral care late. It is necessary for the dentist knowledge about the condition of the patients, rigorous clinical evaluation and integration with the medical team to define the therapy that best suits to the clinical needs presented.

KEYWORDS: oral surgery; endodontics; people with disabilities.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito odontológico o paciente com deficiência é aquele 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 deficiências são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até desordens que ocorrem durante a vida, como enfermidades sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento etc¹.

O censo demográfico do IBGE em 2010 apontou que 23,9% da população brasileira é composta por pessoas que possuem algum tipo de deficiência, o que corresponde a 45,6 milhões de indivíduos² – um número bastante expressivo de cidadãos que requerem cuidados especiais, dentre eles a assistência

odontológica que, para ser prestada de maneira adequada, exige do profissional capacitação prévia acerca do conhecimento das deficiências e discernimento quanto à tomada de decisão de tratamentos com resultados mais seguros.

Embora o termo “pessoas com necessidades especiais” seja bastante difundido e haja uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia intitulada “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, a designação mais adequada atualmente é pessoa com deficiência, segundo a portaria n.º 2.344, de 3 de novembro de 2010, justificando que a nomenclatura anterior “impunha limitações”³.

Este grupo de pacientes costuma enfrentar muitas dificuldades no que se refere ao atendimento odontológico, considerando a falta de infraestrutura dos espaços físicos e o despreparo de ordem científica, técnica e emocional dos profissionais do serviço público para o atendimento da pessoa com deficiência³. A negligência do atendimento leva o paciente à busca pelo serviço em unidades de urgência ou instituições filantrópicas⁴. Tal situação contraria o que prevê a Portaria n.º 1060, de 5 de junho de 2002, que afirma que a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, devendo o atendimento ser realizado em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir⁵.

Segundo Toledo⁶, os procedimentos odontológicos não diferem tecnicamente daqueles realizados em qualquer indivíduo. As principais diferenças incluem espaço físico (facilidade no acesso), análise psicológica do paciente e da família, e a própria abordagem do paciente, cuidados pré-operatórios e uso de abridores de boca para segurança do paciente e do profissional.

As pessoas com deficiência têm maior propensão para o surgimento de doenças bucais, como cáries, perda dentária prematura, problemas periodontais, hábitos parafuncionais e má-oclusões, devido à dificuldade na realização de higiene oral, aos hábitos alimentares precários e uso constante de medicamentos⁷. Essas condições podem interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo; acrescenta-se que estes pacientes precisam ser assistidos precocemente. No entanto, a demora da grande maioria dos usuários pela busca do tratamento impede uma atuação precoce do cirurgião dentista (CD) e, conseqüentemente, implica em necessidades de tratamento acumuladas⁸.

A respeito das lesões cáries não tratadas, estudos clínicos demonstram que as bactérias presentes na lesão e os seus subprodutos podem atingir a polpa, levando à necessidade da instituição da terapia endodôntica⁹. Quando não for possível sua realização, realiza-se a exodontia, que também está indicada em casos de dentes amplamente destruídos, não passíveis de restauração¹⁰.

O tratamento endodôntico propõe prevenir ou tratar a infecção de origem pulpar¹¹, a fim de manter a saúde dos tecidos perirradiculares e oral, como um todo¹². Esta conduta terapêutica viabiliza a conservação da estrutura dentária e a reabilitação das funções mastigatória, de oclusão e fonética, além de prover estética e o bem estar psicoemocional do indivíduo¹³. A exodontia, por sua vez, constitui um problema de saúde pública, interferindo na qualidade de vida das pessoas, comprometendo as capacidades funcionais de mastigação e fonação, além de causar transtornos de ordem nutricional, estética e psicológica, com prejuízos à autoestima e integração social^{14,15}.

No que tange ao tratamento odontológico ofertado às pessoas com deficiência, o número de exodontias tende a ser elevado devido às dificuldades existentes, além de ser um procedimento de menor complexidade e possibilidade de complicações transoperatórias ou necessidade de um retratamento¹¹.

O presente estudo tem por objetivo discutir os fatores que norteiam a escolha do tratamento endodôntico ou da exodontia para dentes com comprometimento de origem pulpar (pulpopatias ou periapicopatias) em pessoas com deficiência sistêmica e/ou infectocontagiosa, uma vez que esta população apresenta alto índice de cárie e tende a buscar o tratamento odontológico tardiamente.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório, reunindo artigos indexados às bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SciELO e PubMed, publicados entre os anos de 2003 e 2016. Foi, ainda, adicionada uma portaria do Ministério da Saúde anterior ao corte das referências, 2002. Também foram consultados livros do acervo bibliográfico do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), além de teses e dissertações disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados na pesquisa foram: cirurgia bucal, endodontia, pessoas com deficiência. Foi, então, realizada uma análise crítica da temática abordada, e seleção das obras de interesse de modo a explorar as condições mais frequentes de deficiência sistêmica e/ou infectocontagiosa que buscam atendimento odontológico. Durante o levantamento bibliográfico foram considerados critérios de exclusão: artigos que não estivessem disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, artigos com data de publicação anterior ou posterior ao recorte temporal selecionado, assim como artigos que não abrangiam adequadamente o tema proposto.

3. DISCUSSÃO

Caneppele e colaboradores¹⁶ referem que, durante o atendimento clínico, o CD deve estar ciente de todas as condições sistêmicas do paciente e os cuidados especiais que as mesmas demandam. Outros autores corroboram com essa afirmação e justificam que que a ocorrência de diversas doenças pode alterar o

plano de tratamento odontológico¹⁷. Por essa razão a realização de anamnese criteriosa e exame físico são imprescindíveis. Adicionalmente, é necessário que os profissionais de odontologia detenham conhecimento das implicações das doenças sistêmicas nos tratamentos dentários, de modo a prevenir eventuais complicações médicas, além de ser capazes de identificar as manifestações orais relacionadas a estas patologias¹⁸. Dessa forma, conhecendo as condições inerentes à deficiência apresentada pelo paciente, e baseado em evidências científicas, pode-se tomar a decisão de tratamento que melhor se adequa a cada situação clínica.

Em linhas gerais, as deficiências podem ser classificadas em categorias¹⁹, a seguir:

- Deficiência física — sequela de paralisia cerebral (PC), acidente vascular encefálico (AVE), miastenia gravis (MG);
- Distúrbios comportamentais — autismo, bulimia, anorexia;
- Condições e doenças sistêmicas — gravidez, pacientes irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes transplantados, imunossuprimidos, *diabetes mellitus*, cardiopatias, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes.
- Deficiência mental — comprometimento intelectual devido a fatores pré-natais, perinatais e pós-natais, de origem genética, ambiental ou desconhecida;
- Distúrbios sensoriais — deficiência auditiva e visual;
- Transtornos psiquiátricos — depressão, esquizofrenia, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade;
- Doenças infectocontagiosas — pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites virais, tuberculose;
- Síndromes e deformidades craniofaciais — Síndrome de Down, entre outras.

Conforme apresentado ao final da introdução, este estudo abordará situações de deficiência pertencentes às categorias sistêmica e infectocontagiosa, visto que indicam maior relevância quanto ao tipo de conduta (tratamento endodôntico ou exodontia) a ser empregada em casos de dentes com infecção de origem endodôntica. Quanto às demais, não foram encontradas fontes literárias sobre o tema proposto; infere-se que estas não apresentam predileção por uma das terapêuticas supracitadas, sendo necessário ater-se apenas às condições clínicas do elemento dentário, sua relação com as demais estruturas orais, e a capacidade de colaboração do paciente.

Uma das justificativas ao problema de assistência odontológica ofertada à pessoa com deficiência consiste na possível ausência da inclusão em vários cursos de graduação em odontologia de “bases teóricas suficientes e experiências clínicas

motivadoras que proporcionem conhecimento, destreza, autoconfiança e compreensão da complexidade humana”²⁰. Sobre esta última, Fonseca e colaboradores²¹ descreveram a dificuldade dos CDs em reconhecer a figura humana frente a técnica odontológica, ou seja, entendendo que o tecnicismo odontológico representado e exigido no campo clínico se apresenta como a “chave” do sucesso na terapia, o que conduz a despreparo e indiferença do profissional no tratamento destes pacientes. Acrescenta-se, ainda, a dificuldade apresentada por alguns CDs na articulação e integração em equipes multidisciplinares.

Gestantes

O tratamento odontológico ofertado à gestantes requer cuidados especiais devido às diversas mudanças fisiológicas que ocorrem²². Alguns autores²³ sugerem evitar a realização de procedimentos odontológicos durante o primeiro e o terceiro trimestres. O primeiro, por ser a fase de embriogênese (formação fetal) e o último, pelo desconforto da gestante, que pode desenvolver um quadro de “Síndrome de Hipotensão Supina”, com sensação de falta de ar decorrente do crescimento uterino. Há, ainda, o risco de ocorrência de síncope, hipertensão e anemia²⁴, além do risco de trabalho de parto no consultório²⁵. O segundo trimestre é o período de maior estabilidade, considerado o momento ideal para intervenção odontológica eletiva em gestantes, podendo, inclusive, realizar tratamento endodôntico e exodontias^{25,26}. Todavia, Miguel e Assunção²⁷ apontaram que as urgências odontológicas, a exemplo da dor ocasionada por pulpite, pericementite, pericoronarite, abscesso agudo, ou outras devem ser solucionadas com cautela em qualquer período. Outros autores^{21,28} corroboram com esta afirmação, ao argumentar que nestes casos, a prioridade é o alívio da dor, tendo em vista que a presença de dor e foco infeccioso podem causar mais prejuízos do que o procedimento em si. Bastos *et al.*²⁹ discutiram sobre a importância de priorizar a remoção do quadro algico e infeccioso, e postergar a conclusão do tratamento para depois do parto. Para as gestantes, a opção deve sempre recair pelo procedimento mais conservador e menos intervencionista. O tratamento necessário deve ser realizado observando as condições gerais da gestante, considerando-se que no período gestacional o metabolismo da paciente é alterado, e os hormônios corticosteroides interferem na cicatrização, havendo ainda a possibilidade de ocorrerem discrasias sanguíneas³⁰. Entretanto, por mais que as condições supracitadas sejam reais, Cardoso³¹ afirma que as exodontias e demais cirurgias não são uma contraindicação absoluta para este grupo, devendo ser realizadas com prudência, e somente diante da impossibilidade de adiá-las para o período pós-parto. Nesses casos, o planejamento em conjunto em colaboração com a equipe médica é essencial.

Radioterapia em região de cabeça e pescoço

Os pacientes submetidos à radioterapia (RT) em região de cabeça e pescoço e que não apresentem saúde bucal satisfatória são fortes candidatos a desenvolver a osteorradionecrose (ORN) em curto intervalo de tempo. Por essa razão é de fundamental importância a instituição de um protocolo pelos cirurgiões dentistas para avaliação e tratamento pré-radioterapia³².

A osteorradionecrose é um dos principais agravos decorrentes da RT de cabeça e pescoço, salvo sua maior severidade, gerando canais vasculares estreitos, reduzindo o fluxo sanguíneo, produzindo áreas pouco resistentes a trauma e com mínima capacidade de regeneração³³. A origem da osteorradionecrose depende do grau de comprometimento vascular, e da redução de osteócitos e osteoblastos presentes no osso afetado, que pode ocorrer diante de um pequeno ferimento da mucosa oral, por trauma dentário ou por procedimentos traumáticos, como a exodontia (mais frequente), e a doença periodontal ou endodôntica, que favorece o acesso dos microrganismos da cavidade bucal às áreas profundas, promovendo necrose óssea^{33,34}.

Alguns autores^{33,34} defenderam que a conduta para dentes com prognóstico desfavorável – aqueles que apresentam lesão cariada avançada com estado pulpar questionável ou envolvimento pulpar, lesões periapicais extensas, doença periodontal moderada a avançada, raízes residuais parcialmente cobertas por osso alveolar ou imagens radiolúcidas ao exame radiográfico deve ser a extração, pelo menos duas semanas antes do tratamento radioterápico, para que seja feita a remoção de qualquer foco infeccioso que possa culminar em complicações durante o tratamento oncológico. Em caso de conclusão da radioterapia, Santos e colaboradores³⁵ defendem a possibilidade de realização de exodontias no mínimo 5 anos após a terapia de radiação.

No entanto, alguns estudos apontaram a ORN como uma complicação de caráter cumulativo, ou seja, com o avanço da idade o paciente se torna mais propenso a desenvolvê-la^{36,37}. Geraldes³⁷ e Rokenbach e colaboradores³⁸ acrescentam que a exérese dentária realizada durante a radioterapia representa um risco maior para o desenvolvimento de osteorradionecrose, sobretudo se o dente situa-se na direção do feixe de radiação ionizante.

Rodrigues, Franzi e Dedivits³⁹ afirmam que o grande risco de ocorrência de ORN justifica a contra-indicação por parte dos cirurgiões dentistas na execução de exodontia em pacientes que estão sendo ou foram submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço. Neste sentido, é consenso de alguns autores³⁷⁻⁴⁰, que a terapia endodôntica constitui a melhor opção em casos de ocorrência de comprometimento pulpar sem lesão periapical em dentes restauráveis de pacientes irradiados, devido ao menor risco de ocorrência de ORN, e de sua característica conservadora que viabiliza a preservação da estrutura dentária, assim como melhor possibilita a

reabilitação oral³². Nos pacientes submetidos à radioterapia da região de cabeça e pescoço, a verificação de vitalidade pulpar é extremamente importante, pois as periapicopatias podem culminar em processos infecciosos que afetam o osso perirradicular, favorecendo o desenvolvimento da ORN³⁹.

O tratamento endodôntico deve ser realizado de maneira que ocorra reação ínfima ao periápice. O preparo químico-mecânico deve ser paulatino, respeitando os limites do canal radicular, evitando soluções irrigadoras que irrite os tecidos periapicais e instrumentação que gere extrusão significativa de debris dentinários, responsáveis por inflamações a estes tecidos que podem predispor a ORN⁴⁰.

Pacientes em uso de metotrexato ou bifosfonatos

O metotrexato (MTX) é uma droga antagonista do ácido fólico, utilizada para o tratamento de doenças que interferem no metabolismo ósseo (neoplasias malignas ósseas, osteoporose, doença de Paget), artrite reumatoide (AR), e também da psoríase. Seu mecanismo de ação consiste na inibição dos mediadores pró-inflamatórios, bem como o recrutamento de leucócitos; também atua reduzindo a expressão da doença e as dores de origem articular^{41,42}.

Apesar da contribuição do MTX para melhora clínica dos pacientes, Porto⁴³ alertou para o uso cauteloso do referido fármaco, visto que o mesmo pode promover alterações na cavidade oral como efeito colateral, reduzindo o potencial regenerativo da mucosa oral, prolongando e agravando o quadro de mucosite oral⁴⁴.

O comportamento do MTX no tecido ósseo é controverso⁴⁵: a administração de altas doses de MTX está associada à ocorrência de osteopenia, induzindo a inibição da proliferação de osteoblastos e redução do efeito funcional dos mesmos, aliado à estimulação de osteoclastos, com consequente reabsorção óssea⁴⁶. No entanto, utilizado em baixas doses para tratamento de AR e psoríase, a literatura demonstra não haver comprometimento ósseo associado a esse fármaco⁴⁵.

Estudo prévio⁴⁷ avaliou a efetividade da terapia com MTX na reparação de um defeito ósseo simulando fratura de mandíbula em ratos, comparando esta droga com a dexametasona. Foram realizadas análises radiográficas, histológicas e histomorfométricas da região afetada pela fratura, e os resultados demonstraram que o metotrexato em dose maior e com dexametasona interferiu negativamente no processo de reparo tecidual.

Por outro lado Alves⁴⁸, verificou eficácia significativa do metotrexato quando associado aos bifosfonatos. De acordo com o autor, a combinação destes constitui uma opção de tratamento de neoplasias dos maxilares em que há envolvimento ósseo, devido à atividade antitumoral e osteoprotetora que desempenham quando combinados. Segundo Izquierdo, Oliveira e Weber⁴⁹ os bifosfonatos (BFs) têm uso indicado para prevenir a reabsorção óssea, induzindo a produção e maturação dos osteoclastos – o

que justifica a indicação destes medicamentos nos casos de câncer de origem óssea ou com metástase em ossos. Em culturas de órgãos, os bifosfonatos afetam a gênese de osteoclastos maduros, possivelmente interferindo no reconhecimento de alguns fatores de matriz que são necessários para a transformação, maturação ou fusão de precursores de osteoclastos. Podem prevenir a reabsorção óssea por estimular a secreção de inibidores dos osteoclastos ou induzir a apoptose dos osteoclastos. Isto representa um ganho na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, pois evita as fraturas patológicas⁴⁸.

Para Grant *et al.*⁵⁰, o seu uso está intimamente ligado à osteonecrose dos maxilares. Os fatores de risco para o desenvolvimento da osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bifosfonatos (BRONJ) podem ser modulados pela natureza da droga, tipo de administração, fatores locais e sistêmicos. O grande número de casos de osteonecrose em mandíbulas associadas a outros agentes antirreabsortivos e terapias antiangiogênicas levou a Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais (AAOMS) em 2014 a indicar uma mudança de terminologia de BRONJ para osteonecrose relacionada à medicação da mandíbula⁵¹.

Estudo prévio⁵² indicou que a ocorrência da necrose óssea induzida por estas drogas, por sua vez, depende da potência do BF e da duração do tratamento. Ruhin⁵³ acrescentou que pacientes que fazem uso de BFs e são submetidos a cirurgia dento-alveolar possuem risco sete vezes maior de desenvolver este agravo. A mandíbula costuma ser mais afetada do que a maxila. Infecções periodontais, periapicais e pericoronais predis põem à osteonecrose por bifosfonatos. Assim como pacientes fumantes, etilistas e com higiene oral deficiente também têm risco aumentado para sua ocorrência⁵³.

Em concordância, Brozoski e colaboradores⁵⁴ reforçaram a importância da manutenção da saúde oral, devendo estes pacientes ser instruídos sobre os cuidados, métodos de higiene oral – e submetidos à terapia odontológica (restaurações, tratamento endodôntico ou procedimentos cirúrgicos) a previamente ao início do tratamento com BFs.

Deve-se evitar a realização de procedimentos cirúrgicos em pacientes que fazem uso de BFs, com o objetivo de reduzir risco de manifestação da osteonecrose; todavia, frente à necessidade de cirurgia, sugere-se que o paciente assine um termo de ciência dos riscos envolvidos e autorizando o tratamento⁵⁵. Brozoski e colaboradores⁵⁴, por sua vez, ressaltaram que a meia-vida dos BFs é de aproximadamente 10 anos, e seu uso prolongado resulta em acúmulo substancial da droga no esqueleto. Logo, o período de suspensão do fármaco para alcançar sua eliminação do organismo seria muito longo. Além de que, na maioria das vezes, não é possível a descontinuidade do tratamento, uma vez que os prejuízos à saúde do paciente seriam mais graves⁵⁴.

Transplantados/candidatos a transplante

É defendido na literatura que os pacientes que serão submetidos a transplante devem estar livres de processos infecciosos⁵⁶. As pulpopatias tendem a complicar o estado geral do paciente, podendo ser de difícil resolução nos primeiros meses pós-transplante. O tratamento endodôntico pode ser realizado neste paciente como forma de adequação do meio bucal. Em se tratando de dentes não-vitais ou de diagnóstico questionável pode-se optar pela terapia endodôntica ou pela exodontia, a depender do período de tempo antes do transplante (dentes que precisam de tratamento mais prolongado, devem ser extraídos) e da condição sistêmica do paciente⁵⁴.

Entretanto não existe consenso na literatura quanto à realização de exodontias em pacientes com neoplasias hematológicas malignas. O indivíduo com doença hematológica maligna tem mais chances de sofrer complicações após extração dentária, uma vez que este paciente normalmente se apresenta imunossuprimido⁵⁶. Por essa razão as exodontias devem ser realizadas somente quando representarem uma necessidade fundamental pré-transplante, com adoção de técnicas cirúrgicas atraumáticas, a fim de promover a cicatrização por primeira intenção. Todavia convém realizar a remoção de focos infecciosos orais em pacientes que serão submetidos a transplante⁵⁶. Para Albuquerque *et al.*⁵⁷, a atenção deve ser voltada para a remoção das lesões cariosas e restaurações extensas, instituição da terapia da doença periodontal, e exodontia em dentes que necessitem de tempo prolongado de tratamento. A otimização do tratamento hematológico de neoplasias malignas depende essencialmente da abordagem odontológica, uma vez que a boca é um ambiente extremamente povoado de micro-organismos, e o paciente pós-transplantado suprimido é altamente susceptível para ocorrência de infecções⁵⁸.

Diabéticos

Catanhede, Veloso e Serra⁵⁹ classificaram os pacientes diabéticos quanto ao risco:

- Pacientes de Baixo Risco – glicose em jejum < 200 mg/dL, hemoglobina glicosilada < 6,5% com controle metabólico satisfatório, regime médico estável, ausência de cetoacidose e hipoglicemia;
- Pacientes de Risco Moderado – glicose em jejum < 250 mg/dL, hemoglobina glicosilada 6,5% - 9% sem história recente de cetoacidose ou hipoglicemia e poucas complicações do diabetes mellitus 2 (DM2);
- Pacientes de Alto Risco – glicemia em jejum > 250 mg/dL, hemoglobina glicosilada > 9% com múltiplas complicações do DM2, com episódios de cetoacidose e hipoglicemia frequente.

Alguns autores defendem que os pacientes diabéticos com risco baixo e moderado podem ser submetidos ao tratamento endodôntico ou à exodontia, a depender da indicação⁶⁰. Para outros autores⁶¹, entretanto, os pacientes diabéticos de alto risco, por sua vez, estão contraindicados a submeterem-se ao

procedimento de extração dentária, assim como à terapia endodôntica – devendo a conduta odontológica limitar-se a exames, radiografias, instruções de higiene oral e encaminhamento do paciente ao médico para rigoroso controle metabólico.

Cardiopatas

Hupp, Elis e Tucker¹⁰ contraindicam a realização de exodontias em pacientes com cardiopatias severas e não controladas, isquemia severa do miocárdio, como angina pectoris instável e pacientes que sofreram infarto recentemente (nestes, a exodontia só deve ser realizada em caso de urgência e em ambiente hospitalar), pacientes com hipertensão maligna, insuficiência aguda do miocárdio ou que sofreram acidente vascular encefálico (devido ao estresse que pode ser gerado pela extração) e ainda, indivíduos com arritmias cardíacas não controladas e severas. De acordo com Chiesa, Filho e Cabreira⁶² o tratamento endodôntico está contraindicado em cardiopatas que sofreram infarto agudo do miocárdio há menos de seis semanas, assim como pacientes que tiveram os resultados dos exames cardiológicos alterados, ou com alguma sintomatologia após seis semanas do evento, assim como aqueles que passaram por angioplastia e tiveram complicações⁶³.

A Academia Americana de Cardiologia (AHA, sigla em inglês para American Heart Academy) classificou os pacientes quanto ao risco de desenvolver endocardite infecciosa, sendo considerados de alto risco: pacientes portadores de prótese cardíaca valvar (incluindo prótese biológica), com histórico de endocardite infecciosa, doença cardíaca cianótica complexa (tetralogia de Fallot, estenose aórtica), com conduítes ou shunts sistêmicos pulmonares construídos cirurgicamente. Como risco moderado foram incluídos os pacientes que possuem outras cardiopatias congênitas, disfunções valvares adquiridas, cardiomiopatia hipertrófica e, ainda, prolapso da válvula mitral com regurgitação valvar e/ou aplainamento dos folhetos. Segundo Nishamura *et al.*⁶⁴, os pacientes que se enquadram em uma das condições supracitadas devem ser submetidos à profilaxia antibiótica quando o procedimento odontológico previsto for invasivo e/ou se espere um sangramento significativo.

Doenças hematológicas

Quintero e colaboradores⁶⁵ assinalaram que os portadores de doenças hematológicas devem ser submetidos a avaliação, que inclui história médica, uso ou não de anticoagulante oral, tempo de uso, evolução dos valores da razão internacional normatizada (INR) e presença de co-morbidades⁶⁴. O INR é um método de calibração do tempo de protrombina (TP) que objetiva determinar a tendência de coagulação sanguínea. O nível adequado de INR para uma anticoagulação eficaz e segura, para a maioria das indicações, está entre 2,0 e 3,0⁶⁶.

Independente do risco de complicações

trombóticas, para os procedimentos de baixo risco de sangramento, a terapia anticoagulante não deve ser suspensa quando o valor do INR for até 4,0 no dia da cirurgia. É possível instituir métodos para obtenção da hemostasia local e deve-se restringir a realizar, no máximo, três exodontias por atendimento; em casos de sangramento moderado, exodontias de terceiros molares ou múltiplas, o INR deverá ser reduzido⁶⁶. Quando se espera hemorragia maior, um INR menor que 3,0 é recomendado, e INR superior a 5,0, inviabiliza os procedimentos cirúrgicos⁶⁷.

De acordo com Cerveró *et al.*⁶⁸, em pacientes hemofílicos de grau leve ou moderado, deve-se administrar agentes antifibrinolíticos, como ácido tranexâmico e ácido épsilon-amino-caproico para realização de procedimentos não-invasivos, sempre em consonância com o hematologista que acompanha o paciente. Por sua vez, o paciente com hemofilia severa deve ser tratado em ambiente hospitalar, sendo submetido à terapia de reposição de fator de coagulação, além da supervisão do hematologista.

Figueiredo e Borba⁶⁹ afirmam que os pacientes com hemofilia doença de Von Willebrand podem ser submetidos à terapia endodôntica, visto que não oferece risco significativo de sangramento para este grupo. Esta é a conduta preferível para os pacientes com doença de Von Willebrand com resultado satisfatório, desde que seja previamente instituído o tratamento com o hematologista. De maneira geral, a terapia endodôntica em pacientes coagulopatas é mais interessante, visto que não requer a reposição dos fatores de coagulação, exceto quando a técnica anestésica do bloqueio do nervo alveolar inferior seja necessária⁷⁰.

Insuficiência renal crônica

Para Guevara *et al.*⁷¹, o paciente com doença renal está sujeito à infecção e sangramento em excesso, fatores que devem ser considerados previamente ao tratamento odontológico. É extremamente importante o monitoramento da pressão arterial e a solicitação de hemograma para a realização de procedimentos invasivos. Os autores ainda defendem que o tratamento dentário deve ser realizado entre as sessões de diálise, haja vista que o paciente estará adequadamente hidratado, com ureia e eletrólitos em equilíbrio. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, sua realização está indicada 8 horas, em média, pós-diálise, já que o organismo do paciente estará livre de heparina. Todavia outros autores¹⁰ recomendam a realização do procedimento cirúrgico para o dia seguinte ao tratamento da diálise. Nos casos de cirurgia, o emprego dos agentes hemostáticos e adoção de técnica meticulosa com sutura adequada a fim de promover cicatrização por primeira intenção são de grande importância. Os autores declararam ser o tratamento endodôntico e a exérese dentária passíveis de realização nestes pacientes. Todavia, frente a situação de prognóstico duvidoso de processo infeccioso de origem pulpar, a exodontia é preferível, devido ao risco

potencial deste paciente para o desenvolvimento de processos infecciosos⁷¹.

Doenças autoimunes

De acordo com Costa e colaboradores⁷² as doenças autoimunes constituem um vasto grupo de enfermidades em que por falha, o sistema imunológico atinge as células e tecidos saudáveis do próprio indivíduo. Destas, o lúpus eritematoso sistêmico (LES) e a artrite reumatoide (AR) parecem exibir fatores de maior significância para a escolha da terapêutica odontológica, conforme será discutido.

O paciente com LES sofre com anemia normocítica, leucopenia e trombocitopenia – condição que pode levar a distúrbios hematológicos frente a realização de cirurgias odontológicas, a exemplo da exodontias, e dificuldade no processo de cicatrização tecidual pós-intervenção cirúrgica, uma vez que na anemia ocorre a falta de oxigenação tissular⁷³. Amaral *et al.*⁷⁴, por outro lado, afirmam que indivíduos com lúpus também podem apresentar síndrome do anticorpo antifosfolípide, que favorece a ocorrência de eventos tromboembólicos, como a trombose arterial e venosa, embolia pulmonar, acidente vascular encefálico, infarto, que exigem o uso contínuo de anticoagulantes e antiagregante orais. Quanto a estes últimos, é preciso atenção para garantir um bom planejamento cirúrgico-odontológico.

A artrite reumatoide, por sua vez, compromete a higienização oral devido ao envolvimento articular, levando ao desenvolvimento de patologias orais, dentre elas a cárie. Acrescenta-se a isto o maior risco de ocorrência de infecções nesta população quando faz uso de agentes biológicos e MTX para o tratamento da AR. Por todas essas razões a realização de tratamento endodôntico ou exodontia deve ser cautelosa, contando com medidas que evitem a ocorrência de bacteremia, e consequente complicações da doença⁷⁵.

Pacientes com hipossalivação ou xerostomia

Rolim, Costa e Ramalho⁷⁶ afirmaram que a hipossalivação ocorre por razões distintas. Fávoro, Ferreira e Martins⁷⁷ atribuíram a ocorrência de hipossalivação principalmente ao uso de drogas, sendo os antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos, benzodiazepínicos, atropínicos e os betabloqueadores as drogas mais frequentes. Isso significa que a xerostomia é uma condição que atinge especialmente pacientes com problemas mentais e os hipertensos.

Amenábar, Martins e Cherubini⁷⁸, por sua vez, descreveram outras causas para a ocorrência de hipossalivação: a radioterapia de cabeça e pescoço, a quimioterapia ou, ainda, como consequência de outras doenças, a exemplo do diabetes mellitus e síndrome de Sjögren (doença autoimune, onde as células do sistema imunológico atingem as glândulas salivares e lacrimais, conduzindo ao quadro de xerostomia e xerofthalmia). Há duas formas de apresentação desta síndrome: Síndrome de Sjögren primária, quando somente as glândulas oculares e salivares são afetadas (olhos secos

e boca seca) e há ausência de doença no tecido conjuntivo; e Síndrome de Sjögren secundária, quando, além das glândulas supracitadas, o tecido conjuntivo também é afetado⁷⁸.

Além de outras patologias também podem ser causadoras da redução do fluxo salivar, como sarcoidose, AIDS, hepatite C, cirrose biliar primária, fibrose cística e condições raras, como agenesia glandular, amiloidose, granulomatose de Wegener⁷⁸. A literatura aponta registros de alterações de cavidade oral decorrentes da hipossalivação/xerostomia, como o aumento da intolerância aos medicamentos administrados por via oral e produtos de higiene bucal, aumento da incidência de infecção local/regional (glossite, candidíase, cárie dentária, halitose, sialoadenite bacteriana), alteração do pH e menor capacidade tampão da saliva, redução da capacidade remineralizante da saliva, levando à sensibilidade dentária e suscetibilidade maior à cárie dentária, diminuição da resistência da estrutura dental devido a abrasão/atrito/erosão (corrosão), aumento da suscetibilidade a lesões da mucosa, e incapacidade de usar próteses dentárias⁷⁷.

A xerostomia, diferentemente da hipossalivação, refere-se à sensação de boca seca por parte do paciente, constantemente acompanhada por declarações de ardência bucal, aumento da sede, perda do paladar; dificuldade de deglutir, mastigar e falar; respiração bucal, hipersensibilidade dentária; refluxo gastroesofágico e próteses mal adaptadas. A xerostomia pode estar ou não associada à hipossalivação, visto que ocorre de pacientes apresentarem queixas de boca seca, estando com a produção e fluxo salivar normais. Portanto a realização de exames, como a sialometria é indicada. A xerostomia e a hipossalivação estão bastante associadas a doenças reumáticas, sendo a artrite reumatoide a mais comum, principalmente na presença da Síndrome de Sjögren⁷⁹.

De acordo com Sain e colaboradores⁸⁰, pacientes que sofrem com hipossalivação costumam apresentar um índice maior de ocorrência de cárie pois, na ausência das propriedades anticariogênicas que a saliva desempenha normalmente, as lesões cáries podem evoluir de maneira mais agressiva do que habitualmente ocorre. Nessa condição as lesões cáries tem início nas superfícies cervicais e podem levar à amputação coronária, além de se situar também nas bordas incisais nos elementos dentários anteriores – condição muito comum em pacientes previamente submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço (cáries de radiação) e naqueles afetados pela Síndrome de Sjögren⁸¹.

Hepatites virais

O indivíduo com hepatite pode ter problemas hemorrágicos, o que requer cuidado especial durante qualquer tipo de cirurgia oral, além de risco maior para o desenvolvimento de processos infecciosos e de reações adversas a medicamentos, bem como sua resposta frente ao tratamento odontológico⁸².

As pessoas infectadas geralmente têm saúde bucal comprometida, observando-se ocorrência de doença periodontal e cárie dentária, que podem estar associadas à má higiene oral ou ao comprometimento imunológico causado pela doença⁸³. Dessa forma, pacientes infectados pela hepatite viral C (VHC) necessitam de tratamento odontológico urgente, associado a programas preventivos e de educação em saúde bucal. Por vezes é necessária uma suplementação de vitamina K para efetuar procedimentos cirúrgicos⁸⁴.

É de fundamental importância a adequação do meio oral neste grupo, com a restauração das lesões cáries, a remoção dos nichos de infecção (dentes semi-inclusos, com prognóstico indefinido e raízes residuais), bem como exodontias e realização de tratamento endodôntico dos dentes com comprometimento pulpar⁸⁵. Os procedimentos odontológicos eletivos só devem ser realizados após o período de recuperação clínica e bioquímica do paciente. Durante o quadro agudo, apenas tratamentos de urgência devem ser realizados. Caso o paciente necessite de intervenções cirúrgicas cruentas, devem ser solicitados exames hematológicos e fazer o emprego de hemostáticos locais no ato cirúrgico, devido à grande possibilidade de hemorragia severa diante de procedimentos desta natureza⁸⁶.

Para os pacientes submetidos ao transplante hepático, somente as situações de urgência odontológica direcionadas para o controle das infecções, quadros algícos ou hemorragias devem ser tratadas – e da forma mais conservadora possível, após consulta com uma equipe médica multidisciplinar. O período pós-transplante imediato é o momento de maior risco para a rejeição do transplante, por isso nessa fase o tratamento é essencialmente paliativo e preventivo⁸⁶.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

As exodontias podem ser realizadas em pacientes HIV+ visto que as complicações são pouco significativas, desde que os linfócitos TCD4+ estejam elevados. Podem ocorrer problemas hematológicos (tendência a sangramento, anemia, leucopenia), portanto o procedimento cirúrgico, bem como os riscos do mesmo devem ser criteriosamente avaliados pelo profissional e discutidos com o médico que assiste o paciente⁸⁷.

Alguns estudos têm demonstrado prognóstico ruim de tratamento endodôntico em pessoas com HIV e/ou AIDS⁸⁸, todavia os estudos a respeito dessa temática são escassos. Barbosa, Guimarães e Sobrinho⁸⁹ sinalizaram a importância dos linfócitos TCD4+ no desenvolvimento, progressão e cura das lesões periapicais, por estimular a ativação do sistema imune celular e humoral, e pelo fato do HIV atingir os TCD4+. Alterações nos níveis desses linfócitos podem implicar em maior dificuldade do organismo do paciente com HIV na reparação das periapicopatias⁸⁵. Em contrapartida, outros trabalhos encontraram pouca significância de fracasso do tratamento endodôntico

associado a pacientes com o vírus, quando estes estão sob o efeito da terapia antirretroviral potente (HARRT, sigla em inglês para highly active antiretroviral therapy) a nível sanguíneo⁸⁸.

Em geral, o tratamento endodôntico, sempre que possível, deve representar a primeira escolha terapêutica em casos de dentes com comprometimento pulpar em pacientes com deficiência, uma vez que elimina o desconforto, preserva o elemento dentário, restabelece as funções mastigatória, fonética, estética, e o bem estar psicoemocional do paciente. Todavia, em determinadas situações este procedimento pode ser contraindicado, devido às condições sistêmicas do indivíduo, que pode não suportar a presença de foco infeccioso nos casos de insucessos da terapia endodôntica. Há, ainda, situações em que a opção pelo tratamento endodôntico pode postergar o início do terapêutica médica a ser instituída. Deve-se levar em consideração, também, a condição financeira do paciente e a disponibilidade do mesmo em comparecer às sessões de tratamento. Quanto à assiduidade do paciente ao consultório odontológico, deve-se considerar se o mesmo sofre dificuldades de locomoção, seja por problemas físicos ou sistêmicos, como é o caso dos acamados.

A exodontia deve ser realizada quando as condições de ordem dentária (dente passível de ser restaurado), sistêmica ou socioeconômica se demonstrarem negativas à realização do tratamento endodôntico, como estrutura dentária insuficiente para restauração do elemento, patologias que inviabilizam a conduta ou, ainda, dificuldades financeiras do indivíduo para custear a terapia. A extração dentária deve ser instituída de maneira criteriosa. Para Castro *et al.*⁹⁰, é corriqueira a prática exodôntica em pessoas com deficiência, mesmo que em algumas situações, esta não seja a conduta mais indicada para o caso.

É importante destacar que a prática da exérese dentária está diretamente associada à mutilação e comprometimento das funções desempenhadas pelo aparelho estomatognático, além de causar prejuízos de ordem estética e psicológica ao paciente.

Segundo Oliveira e Giro⁹¹ o despreparo dos CDs na abordagem e tratamento de pacientes com deficiência resulta em erros importantes de diagnóstico, conduzindo os profissionais a assumir uma postura inadequada e um plano de tratamento errôneo⁸⁶. Com vistas a prestar assistência adequada ao paciente, minimizando seus problemas bucais, o odontólogo precisa deter o conhecimento do tipo de deficiência do paciente e de suas respectivas características.

4. CONCLUSÕES

Existem numerosos trabalhos na literatura acerca dos pacientes com deficiência sistêmica e/ou infectocontagiosa, todavia são escassos os estudos de instituição de uma terapêutica adequada. Cabe ao cirurgião dentista uma análise rigorosa da condição do paciente e avaliação do seu estado geral de saúde,

associada ao conhecimento científico da patologia e suas particularidades para, então instituir o tratamento mais adequado. Isso requer do profissional de odontologia um pensamento crítico, embasamento teórico e integração deste com a equipe médica.

5. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Caderno de Atenção Básica nº 17. Brasília, 2006. 67p.
2. Censo demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religião_Deficiencia.pdf. Acesso em: maio, 2017.
3. Pereira LM, Mardero E, Ferreira SH, Kramer PF, Cogo RB. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de odontologia da ULBRA/RS. *Stomatos*, 2010 Jul./dez; 16 (31): 92-99.
4. Assis C. Dentistas para lá de especiais. *Rev. Bras. Odontol*, 2014 jan/jun; 71 (1): 58-61.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1060, de 05 de junho de 2002. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
6. Toledo Ayrton O. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 4ª ed. São Paulo: Medbook; 2012.
7. Varelis MLZ. O paciente com necessidades especiais na Odontologia – manual prático. São Paulo: Santos; 2005.
8. Domingues NB, Ayres KCM, Mariusso MR, Zuanon ACC, Giro EMA. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. *Odontol UNESP*, 2015 Out; 44 (6): 345-350.
9. Sassone LM. Microbiota de infecções endodônticas primárias e sua relação com aspectos clínicos radiográficos. [tese] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
10. Hupp JR, Elis III E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
11. Lee PY, Chou MY, Chen YL, Wang CJ, Huang WH. Comprehensive dental treatment under general anesthesia in healthy and disabled children. *Chang Gung Med J*, 2009 nov/dez; 32 (6): 636-642.
12. Lopes HP, Siqueira Jr. JF. Endodontia: Biologia e técnica. 4ªed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2015.
13. Occhi IGP, Souza AA, Rodrigues V, Tomazinho LF. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica. *Uningá Review*, 2011 out; 8 (2): 39-46.
14. Neves RS. Tratamento endodôntico em cáries de radiação como alternativa as exodontias: desenvolvendo tecnologia apropriada em instituição pública de assistência à saúde. [dissertação] Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2012.
15. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2011 oct; 27 (10).
16. Caneppele TMF, Yamamoto EC, Souza AC, Valera MC, Araújo MAM. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. *J Biodentist Biomat* 2011; 1:31-1.
17. Gaetti-Jardim EC, Pereira FP, Fattah CMRS, Aranega AM. Prevalência e perfil epidemiológico das alterações sistêmicas em pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP. *Rev Odontol UNESP* 2008; 37(2):191-196.
18. Kreuger RM, Diegoli NM, Pedrini RA, Porfírio VR, Silva F. Consulta odontológica e doença sistêmica: análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas de Itajaí-SC. *Rev fac odontol Lins/Unimep*, 2009; 21(2): 15-22.
19. Haddad AS. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. 1ª ed. Santos: Santos; 2007.
20. Cancino CMH Oliveira FAM, Engers ME, Weber JBB, Oliveira MG. Odontologia para pacientes com necessidades especiais – percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes [tese] Rio Grande Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
21. Fonseca ALA, Azzalis LA, Fonseca LFA, Botazzo C. Análise quantitativa das percepções de cirurgiões-dentistas envolvidos nos atendimentos de pacientes com necessidades especiais de serviços públicos municipais. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* 2010; 20(2):208-16.
22. Ebrahim ZF, Oliveira MCQ, Peres MPSM, Franco JB. Tratamento odontológico em gestantes. *Science in Health*, 2014 jan./abr; 5 (1): 32-44.
23. Silva MEA. Protocolo clínico para atendimento às gestantes de Ribeirão das Neves [monografia] Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília, 2006.
25. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciênc. saúde coletiva*, 2008 jun; 13 (3): 1075-1080.
26. Poletto VC, Stona P, Weber JBB, Fritscher AMG. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. *Stomatos*, 2008 jan/jun; 14 (26): 64-75.
27. Miguel DA, Assunção AC. Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico. [Monografia] Belo Horizonte: Instituto de Estudos da Saúde e Gestão Sérgio Feitosa; 2015.
28. Nascimento EP, Andrade FS, Costa AMDD, Terra FS. Gestantes frente ao tratamento odontológico. *Rev Bras Odontol*. 2012 jan/jun; 69 (1): 125-30.
29. Bastos RDS, Silva BS, Cardoso JA, Farias JG, Falcão GGVCS. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante: revisão de literatura. *Revista Bahiana de Odontologia*. 2014 Ago; 5 (2): 104-116.
30. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Linha-guia de saúde bucal. Atenção em saúde bucal. 2 ed. Belo Horizonte, MG, 2007. 177-181p.
31. Cardoso LM. Atendimento odontológico da gestante na estratégia do programa de saúde da família. [monografia], Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
32. Silva AF. Osteorradionecrose dos maxilares: uma revisão crítica. [Monografia] Campina Grande: UEPB; 2014.
33. Salazar M, Victorino FR, Paranhos LR, Ricci ID, Gaetti WP, Caçador NP. Efeitos e tratamento da radioterapia de cabeça e pescoço de Interesse ao cirurgião dentista Revisão da Literatura. *Odonto*. 2008 jan/jun; 16 (31).
34. Grimaldi N, Sarmento V, Provedel L, Almeida D, Cunha S. Conduta do cirurgião dentista na prevenção e tratamento da osteorradionecrose: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(4): 319-324.
35. Santos CC, Noro-Filho GA, Caputo B, Souza RC, Andrade DM, Giovani, EM. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. *J Health Sci Inst*, 2013; 31 (4): 368-372.

36. Figueiredo JAP, Borba MG. Terapia pulpar em dentes permanentes direcionada a pacientes com necessidades especiais. In: Pagnocelli SD. Fundamentos interdisciplinares do atendimento de pacientes com necessidades especiais em odontologia. 1ª Ed. Porto Alegre: EDIPUC, 2015. 255-260p.
37. Gerales AM. Ocorrência de *Porphyromonas gingivalis* na microbiota bucal de pacientes submetidos à radioterapia para tratamento de lesões malignas de cabeça e pescoço. [monografia] Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, 2010.
38. Rockenbach MIB, Vier FV, Figueiredo MAZ, Cherubini K. Conduta do cirurgião dentista frente à necessidade de exodontia em pacientes irradiados na região da cabeça e pescoço. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 2005 jan/jun;10 (1): 34-38.
39. Rodrigues HM, Franzi EA, Dedivits RA. A radioterapia e suas implicações nos tratamentos endodônticos. *Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2006; 35 (1): 57-60.
40. Galindo JKSN, Arruda MF, Duque TM, Neris CWD. Relação osteoradionecrose e tratamento endodôntico para pacientes oncológicos: revisão de literatura. *Uningá Review*, 2016 jan/mar; 25 (1): 59-63.
41. Skare TL. *Reumatologia Princípios e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
42. Van Dougen H, Van Aken J, Lard LR, Visser, K, Runday, HK, Hulsmans HMJ, et al. Efficacy of Methotrexate Treatment in Patients With Probable Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 2007; 56 (5): 1424-1432.
43. Porto ALFG. Avaliação comparativa do uso pré ou pós-operatório de amoxicilina em exodontias simples realizadas em pacientes portadores de artrite reumatoide tratados com inibidores de fator de necrose tumoral alfa e/ou metotrexato. [dissertação] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2015.
44. Cutler C, Li S, Kim HT, Laglenne P, Szeto KC, Hoffmeister L, et al. Mucositis after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study of methotrexate and non-methotrexate-containing graft-versus-host disease prophylaxis regimens. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2005; 11 (5): 383-8.
45. Carvas JSB. Efeito do metotrexato, do corticosteroide e do ácido zolendrônico na osseointegração de implantes de titânio em um modelo de tíbias de coelhos. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.
46. Laurindo IMM, Mendes FL, Novaes GS, Mello SBV, Falco V, Jorgetti V. Methotrexate inhibition of bone mineral density increase in growing rabbits: Prevention by folinic acid. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 2003; 21: 581-586.
47. Aguiar LT. Avaliação do efeito do metotrexato na reparação tecidual em um defeito ósseo simulando fratura de mandíbula em ratos [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2008.
48. Alves APNN. Efeito do metotrexato e do bisfosfonato alendronato em modelo do carcinossarcoma 256 de Walker na mandíbula de ratos. [tese] Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 2005.
49. Izquierdo CM, Oliveria MG, Weber JBB. Terapêutica com bisfosfonatos: implicações no paciente odontológico – revisão de literatura. *RFO*, 2011 set/dez; 16 (3): 347-352.
50. Grant BT, Amenedo C, Freeman K, Kraut RA. Outcomes of placing dental implants in patients taking oral bisphosphonates: a review of 115 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66 (2): 223-30.
51. Freitas NR, Lima LB, Moura MB, Veloso-Guedes CCF, Sisamoto-Júnior PC, Magalhães D. Bisphosphonate treatment and dental implants: A systematic review. [Med Oral Patol Oral Cir Bucal](#). 2016 Sep; 21(5): 644-651
52. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw-2014 update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014; 72: 1938-56.
53. Ruhin B. Implants and biphosphonates: 2012 guidelines for practitioners. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2013;114: 1-3.
54. Brozowski MA, Hanna APT, Deboni MCZ, Marques MM, Homem MGM. Osteonecrose maxilar associada ao uso de bifosfonato. *Ver Bras Reumatol*. 2012; 52 (2): 260-270.
55. Ruggiero SL, Woo SB. Biophosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *Dent Clin North Am* 2008; 52(1): 111-128.
56. Costa JLBM, Souza NC, Júnior ABCP, Abreu MHNG, Gomez RS, Silva MES. Tratamento odontológico prévio a transplante de células tronco-hematopoiéticas: um relato de caso. *Arq Odontol*. 2014; 50 (1): 20-27.
57. Albuquerque RA, Morais VLL, Sobral APV. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2007; 36 (3): 275-280.
58. Santos PSS, Bitu F, Coracin FL, Mancusi Sobrinho R, Lima RB. Complicações orais associadas aos transplantados de órgãos e tecidos: revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Transplantes*, 2009 Jan./mar; 12 (1): 1064-1069.
59. Catanhede ALC, Veloso KMM, Serra LLL. O idoso portador de diabetes mellitus sob a perspectiva odontológica. [Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.](#), 2013 abr/jun; 11 (2): 178-182.
60. Neto JNC, Beltrame M, Souza IFA, Andrade JM, Silva JAL, Quintela KL. O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica. *Revista Dentística online*, 2012; 11 (23).
61. Maia FR, Silva AAR, Carvalho QRM. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde*, 2005; 7(1): 16-29.
62. Chiesa WMM, Filho WR, Cabreira MS. Seleção dos casos para tratamento endodôntico. In: Lopes HP, Siqueira JR JF. *Endodontia: biologia e técnica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2015. p. 116-125.
63. Eversole LR. Doenças cardiovasculares. In: Silverman Jr. S, Eversole LR, Truelove EL. *Fundamentos de medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. Cap. 3, 27-35p.
64. Nishamura RO, Otto CM, Bonow RO, Blase A, Carabello, John P, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 2014 jun; 63(22).
65. Quintero Parada E, Sabater Recolons MM, Chimenos Kustner E, López López J. Hemostasia y tratamiento odontológico. *Av Odontoestomatol*, 2004 Out; 20 (5): 247-261.
66. Protocolo Clínico para a Realização de Procedimentos Odontológicos Invasivos em Pacientes anticoagulados (parte 2): 2015. Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro. [acesso 13 fev. 2017] Disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/pc/jan15.pdf>
67. Dantas AK, Deboni MCZ, Piratininga JL. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*, 2009; 31 (5): 337-340.
68. Cerveró AJ, Roda RP, Bagán JV, Soriano YJ. Dental treatment of patients with coagulation factor alterations: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo*. 2007; 12: 380-7.
69. Figueiredo JAP, Borba MG. Terapia pulpar em dentes permanentes direcionada a pacientes com necessidades

- especiais. In: Pagnocelli SD. Fundamentos interdisciplinares do atendimento de pacientes com necessidades especiais em odontologia. 1ª Ed. Porto Alegre: EDIPUC, 2015. 255-260p.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias/ Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
71. Guevara HG, Mónaco G, Rivero CS, VasconcelosV, Souza DP, Raitz R. Manejo Odontológico em pacientes com doença renal crônica. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2014 abr/jun; 40 (12).
72. Costa LJ, Soares MSM, Komatsu AA, Albuquerque ACL. Pacientes com doenças sistêmicas de origem auto-imune/dermatológicas -Incidência das manifestações bucais e revisão de literatura. R Bras Ci Saúde, 2009; 13: 49-54.
73. López-Lábady J, Villarroel-Dorrego M, González N, Pérez R, Mata de Henning M. Oral manifestations of systemic and cutaneous lúpus erythematosus in a Venezuelan populations. J Oral Pathol Med, 2007; 36: 524-7.
74. Amaral COF, Dias AA, Bonilha ACP, Parizi AGS, Oliveira A, Logar GA, *et al.* Estudo das características estomatológicas e sistêmicas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent, 2014 set; 68 (3): 223-9.
75. Singh JA, Cameron C, Noorbaloochi S, Cullis T, Tucker M, Christensen R, *et al.*: Risk of serious infection in biological treatment of patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2015; 386: 258-265.
76. Rolim AEH, Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Radio. Bras. 2011 nov/dez; 44 (6): 388-395.
77. Fávaro RAA, Ferreira TNR, Martins WD. Xerostomia: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revisão. Clin. Pesq. Odontol. 2006 abr/jun; 2(4):303-317.
78. Amenábar JM, Martins GB, Cherubini K. Síndrome de Sjögren: uma abordagem estomatológica. R. Ci. méd. biol, 2004 jan/jun; 3 (1):124-9.
79. Lins e Silva, Carvalho CN, Carvalho AAT, Leão JC, Duarte ALP, Gueiros LA. Effect of Xerostomia on the Functional Capacity of Subjects with Rheumatoid Arthritis. The Journal of Rheumatology, 2016 Oct; 43 (10): 1795-1800.
80. Saini T, Edwards PC, Kimmes NS, Carroll LR, Shaner JW, Dowd FJ. Etiology of xerostomia and dental caries among methamphetamine abusers. Oral Health Prev Dent. 2005; 3(3): 189-195.
81. Gueiros LA. Doenças das glândulas salivares. In: Patologia Oral: Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Básica. Almeida OP. 2016.
82. Lins L, Bittencout PL, Evangelista MA, Lins R, Codes R, Cavalcanti AR, *et al.* Oral health profile of Cirrhotic patients awaiting liver transplantation. Brazilian Northeast. Transplantation Proceedings. 2011; 43: 1319-1321.
83. Rocha CT, Peixoto ITA, Fernandes PM, Nelson-Filho p, Queiroz AM. Hepatite C na odontologia: riscos e cuidados. Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2009; 21(1):56-62.
84. Setia S, Gambhir RS, Kapoor V, Jindal G, Garg S. Attitudes and awareness regarding hepatitis B and hepatitis C amongst health-care workers of a tertiary hospital in India. Ann Med Health Sci Res. 2013 oct/dec; 3 (4): 551-8.
85. Cruz-Pamplona M, Margaix-Muñoz M, Gracia Sarrión-Pérez M. Dental considerations in patients with liver disease. J Clin Exp Dent 2011; 3(2): 127-134.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual A B C D E das Hepatites Virais para Cirurgiões Dentistas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
87. Yin MT, Dobkin JF, Grbic JT. Epidemiology, pathogenesis, and management of human immunodeficiency virus infection in patients with periodontal disease. Periodontology 2000, 2007; 44: 55-81.
88. Barbosa LB, Guimarães LC, Sobrinho APR. Tratamento endodôntico em pacientes HIV positivos: análise dos aspectos biológicos, imunológicos e sociais. [monografia] Belo Horizonte: Instituto de Estudos da Saúde, 2012.
89. Betts MR, Harari A. Phenotype and function of protective T-cell immune responses in HIV. Curr. Opin. HIV AIDS, 2008; 3: 349-355.
90. Castro AM, Marchesoti MGN, Oliveira FS, Novaes MSP. Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. Rev Odontol UNESP, Araraquara. maio/jun., 2010; 39(3):137- 142, 2010.
91. Oliveira ALBM, Giro EMA. Importância da abordagem precoce no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Odonto. 2011; 19 (38): 45-51.