


**ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS: UMA REVISÃO
BASEADA EM EVIDÊNCIAS SOBRE O GERENCIAMENTO DE PACIENTES COM
COMPROMETIMENTO MÉDICO**

**SPECIAL NEEDS DENTISTRY: AN EVIDENCE-BASED REVIEW ON THE
MANAGEMENT OF MEDICALLY COMPROMISED PATIENTS**

**ODONTOLOGÍA PARA NECESIDADES ESPECIALES: UNA REVISIÓN BASADA EN LA
EVIDENCIA SOBRE EL MANEJO DE PACIENTES MÉDICAMENTE COMPROMETIDOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n7-019>

Data de submissão: 01/06/2025

Data de publicação: 01/07/2025

Suelen Castro Lavareda Corrêa

Doutora

Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic

Email: suelen_lavareda@hotmail.com

ORCID: 0000- 0001- 6289- 9566

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6912710378393731>

Davi Lavareda Corrêa

Doutor

Universidade Federal do Pará

Email: davilavareda2@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0001-7378-4086

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1363928397942822>

Vania Castro Corrêa

Doutora

Universidade Federal do Pará

E-mail: vania@ufpa.br

ORCID: 0000-0002-0985-8922

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2598643232020589>

Maria Elizabeth Gemaque Costa

Doutora

Universidade Federal do Pará

E-mail : gemaquebeth@yahoo.com.br

ORCID : 0009-0004-8093-2832

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0104528257060578>

Conceição de Maria Sales da Silva

Doutora

Universidade Federal do Pará

E-mail: concisales@ufpa.br

ORCID : 0009-0005-4066-3241

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8940458175786611>

Renata Antunes Esteves

Doutora

Universidade Federal do Pará

E-mail: estevesra@gmail.com

ORCID : 0000-0002-3421-2365

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0001642348652061>

Márcia Maria Lima Feitosa

Doutora

Universidade Federal do Pará

E-mail: marciafleal@gmail.com

Sue Ann Lavareda Correa Uchoa

Doutora

Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic

E-mail: sueannlavareda@gmail.com

ORCID : 0000-0002-1913-9606

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1460341443635547>

RESUMO

Pacientes com necessidades especiais, especialmente aqueles com comprometimentos sistêmicos, representam um desafio crescente na prática odontológica clínica. Esta revisão narrativa explora as principais doenças sistêmicas que exigem adaptações específicas no atendimento odontológico, incluindo diabetes mellitus, hipertensão, distúrbios cardiovasculares, câncer, doenças renais e hepáticas crônicas, distúrbios hematológicos e imunossupressão. Essas condições influenciam diretamente o planejamento diagnóstico e terapêutico, aumentando o risco de complicações como sangramentos, infecções, atraso na cicatrização e descompensações sistêmicas. A revisão destaca a importância do cuidado individualizado, da colaboração interprofissional e da tomada de decisão clínica baseada em parâmetros laboratoriais e na estabilidade da doença. Barreiras de acesso, como a escassez de serviços especializados e a formação acadêmica limitada, também são discutidas. Aspectos éticos e legais, como bioética, autonomia do paciente e responsabilidade profissional, são abordados como pilares fundamentais do cuidado. Apesar da existência de diretrizes clínicas, ainda há lacunas na preparação profissional e na infraestrutura dos serviços. Este artigo defende a inclusão de conteúdos sobre deficiência nos currículos de Odontologia, a ampliação de centros especializados e políticas públicas que assegurem o acesso equitativo aos serviços de saúde bucal. A Odontologia deve avançar rumo a uma prática mais inclusiva, ética e baseada em evidências.

Palavras-chave: Odontologia. Sangue. Paciente. Profissional. Bioética.

ABSTRACT

Patients with special needs, especially those with systemic compromises, represent a growing challenge in clinical dental practice. This narrative review explores the main systemic diseases that require specific adaptations in dental care, including diabetes mellitus, hypertension, cardiovascular disorders, cancer, chronic kidney and liver diseases, hematological disorders and immunosuppression. These conditions directly influence diagnostic and therapeutic planning, increasing the risk of complications such as bleeding, infections, delayed healing and systemic decompensation. The review highlights the importance of individualized care, interprofessional collaboration and clinical decision-making based on laboratory parameters and disease stability. Barriers to access, such as the scarcity of specialized services and limited academic training, are also discussed. Ethical and legal aspects,

such as bioethics, patient autonomy and professional responsibility, are addressed as fundamental pillars of care. Despite the existence of clinical guidelines, there are still gaps in professional training and service infrastructure. This article advocates the inclusion of content on disability in dental curricula, the expansion of specialized centers and public policies that ensure equitable access to oral health services. Dentistry must move towards a more inclusive, ethical and evidence-based practice.

Keywords: Dentistry. Blood. Patient. Professional. Bioethics.

RESUMEN

Los pacientes con necesidades especiales, especialmente aquellos con compromisos sistémicos, representan un reto creciente en la práctica clínica odontológica. Esta revisión narrativa explora las principales enfermedades sistémicas que requieren adaptaciones específicas en la atención odontológica, incluyendo diabetes mellitus, hipertensión, trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades renales y hepáticas crónicas, trastornos hematológicos e inmunosupresión. Estas afecciones influyen directamente en la planificación diagnóstica y terapéutica, aumentando el riesgo de complicaciones como hemorragias, infecciones, retraso en la cicatrización y descompensación sistémica. La revisión destaca la importancia de la atención individualizada, la colaboración interprofesional y la toma de decisiones clínicas basadas en parámetros de laboratorio y la estabilidad de la enfermedad. También se discuten las barreras de acceso, como la escasez de servicios especializados y la limitada formación académica. Los aspectos éticos y jurídicos, como la bioética, la autonomía del paciente y la responsabilidad profesional, se abordan como pilares fundamentales de la atención. A pesar de la existencia de guías clínicas, siguen existiendo lagunas en la formación profesional y en la infraestructura de los servicios. Este artículo aboga por la inclusión de contenidos sobre discapacidad en los planes de estudio de odontología, la ampliación de centros especializados y políticas públicas que garanticen un acceso equitativo a los servicios de salud bucodental. La odontología debe avanzar hacia una práctica más integradora, ética y basada en la evidencia.

Palabras clave: Odontología. Sangre. Paciente. Profesional. Bioética.

1 INTRODUÇÃO

Pacientes com Necessidades Especiais (PNEs) representam uma parcela crescente da população que recebe cuidados odontológicos, exigindo adaptações específicas no manejo clínico. No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida pelo Ministério da Saúde, reconhece a importância de uma abordagem integral e equitativa para esses indivíduos [1,2]. Entre os PNEs, destacam-se os pacientes sistemicamente comprometidos, cujas condições sistêmicas podem impactar diretamente o diagnóstico, o planejamento e a execução dos tratamentos odontológicos. A odontologia moderna, portanto, exige que os profissionais estejam preparados para lidar com as implicações sistêmicas que afetam a saúde bucal desses pacientes [3].

O grupo de pacientes sistemicamente comprometidos inclui indivíduos com doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias, imunodeficiências, distúrbios hematológicos, doenças hepáticas e renais, entre outras [4]. Essas condições não apenas aumentam a suscetibilidade a doenças bucais, como também requerem cuidados especiais relacionados ao uso de medicamentos, controle de infecções e risco de sangramento. Um manejo inadequado pode acarretar complicações sistêmicas graves, tornando essencial a integração entre o cirurgião-dentista e a equipe médica do paciente [2,3].

Nesse contexto, é fundamental compreender os aspectos clínicos, farmacológicos e éticos envolvidos na atenção odontológica a pacientes sistemicamente comprometidos [1-4]. Este artigo de revisão tem como objetivo reunir e analisar as evidências mais atuais sobre o manejo odontológico dos PNEs sistemicamente comprometidos mais prevalentes na prática clínica, oferecendo subsídios para um cuidado profissional mais seguro, humanizado e baseado em evidências. A proposta é contribuir para o aprimoramento da formação odontológica e promover um acesso mais amplo e qualificado aos serviços de saúde bucal para esses pacientes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem descritiva e qualitativa, cujo objetivo é reunir e discutir publicações relevantes sobre o manejo odontológico de pacientes com necessidades especiais, com foco em condições sistêmicas comumente encontradas na prática clínica. A revisão incluiu artigos científicos e diretrizes clínicas publicados entre 2003 e 2024. Os critérios de inclusão abrangeram estudos disponíveis na íntegra, redigidos em inglês, que abordassem pacientes sistemicamente comprometidos e condutas odontológicas relacionadas. Foram excluídos resumos, cartas ao editor, relatos anedóticos sem fundamentação científica e estudos duplicados.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases eletrônicas PubMed, Scopus, SciELO, LILACS e Google Scholar. Descritores e palavras-chave foram estrategicamente combinados por meio de

operadores booleanos (AND/OR) para maximizar a sensibilidade e especificidade da pesquisa. Termos como “special needs patients”, “medically compromised patients”, “dental management”, “oral health” e “systemic diseases” foram utilizados. A seleção dos estudos foi realizada de forma independente por dois revisores, com base no título, resumo e, posteriormente, na leitura completa dos artigos elegíveis.

Os artigos selecionados foram organizados em categorias de acordo com a condição sistêmica abordada: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias e imunossupressão, doenças renais e hepáticas, e distúrbios hematológicos. Os dados extraídos incluíram tipo de estudo, população-alvo, principais recomendações clínicas e implicações odontológicas. As informações foram analisadas qualitativamente, com ênfase na aplicabilidade clínica dos achados, com o objetivo de fornecer conteúdo relevante para cirurgiões-dentistas que atuam ou desejam atuar com pacientes com necessidades especiais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus é uma das doenças sistêmicas mais prevalentes no mundo, com impacto significativo na saúde bucal. Indivíduos com diabetes, especialmente aqueles com controle glicêmico inadequado, são mais suscetíveis a infecções orais como candidíase, cárie dentária e, principalmente, doença periodontal [5]. A hiperglicemia crônica compromete a resposta imune e os mecanismos de cicatrização, tornando o ambiente bucal mais vulnerável a processos inflamatórios e infecciosos. Estudos demonstram uma relação bidirecional entre diabetes e periodontite, em que uma condição pode agravar a outra, reforçando a importância do manejo integrado entre saúde bucal e saúde sistêmica [6,7].

O manejo odontológico de pacientes com diabetes mellitus exige avaliação rigorosa do controle metabólico. Para procedimentos eletivos simples, como restaurações, raspagens e profilaxias, recomenda-se que a glicemia capilar esteja preferencialmente abaixo de 180 mg/dL e a hemoglobina glicada (HbA1c) inferior a 8% [7]. Em procedimentos invasivos, como cirurgias orais, extrações e implantes, os valores ideais incluem glicemia inferior a 200 mg/dL e HbA1c abaixo de 7%, o que reduz o risco de infecção, atraso na cicatrização e complicações sistêmicas [8,9]. Em casos com HbA1c \geq 9% ou glicemia de jejum superior a 250 mg/dL, recomenda-se postergar procedimentos invasivos até que o controle glicêmico seja atingido [9]. Entretanto, em situações de urgência odontológica, como abscessos, celulite facial ou dor intensa, o tratamento pode ser realizado com uso

de antibióticos e/ou intervenções minimamente invasivas, desde que haja monitoramento glicêmico rigoroso e apoio médico, priorizando a estabilização clínica do paciente [10].

O sucesso do tratamento odontológico em pacientes diabéticos está fortemente relacionado a uma abordagem multidisciplinar envolvendo cirurgiões-dentistas, endocrinologistas e outros profissionais de saúde. A comunicação efetiva entre os membros da equipe permite melhor acompanhamento do estado clínico geral do paciente e definição do momento mais seguro para a intervenção. Além disso, a educação em saúde bucal e as práticas de autocuidado devem ser reforçadas nesses pacientes, promovendo hábitos que favoreçam o controle glicêmico e reduzam o risco de complicações orais. Dessa forma, o atendimento odontológico contribui ativamente para o manejo sistêmico da doença.

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das condições médicas crônicas mais prevalentes entre adultos e representa fator de risco importante para complicações cardiovasculares durante o atendimento odontológico. Muitos pacientes desconhecem o diagnóstico ou não mantêm controle adequado, o que aumenta o risco de emergências médicas como crises hipertensivas, angina, infarto agudo do miocárdio ou AVC durante procedimentos odontológicos [12,13]. A ansiedade e a dor associadas ao tratamento odontológico podem elevar ainda mais a pressão arterial, ressaltando a importância da triagem cuidadosa, incluindo aferição da pressão antes de cada consulta, especialmente em pacientes com histórico de hipertensão [12,14].

Para pacientes com pressão arterial controlada (até 139/89 mmHg), os procedimentos odontológicos podem ser realizados normalmente. Em casos de hipertensão estágio 1 (140–159/90–99 mmHg), o tratamento eletivo é permitido, desde que haja monitoramento e estratégias de redução de ansiedade, como o uso de anestésicos locais com vasoconstritor em baixa concentração (1:100.000) e protocolos eficazes de controle da dor [14]. Para pressões acima de 160/100 mmHg, os procedimentos devem ser adiados até que o controle médico seja alcançado, exceto em situações de urgência, onde o tempo de atendimento deve ser reduzido, evitando-se vasoconstritores e com monitoramento contínuo. Em casos com pressão $\geq 180/110$ mmHg, o atendimento odontológico deve ser contraindicado, mesmo em emergências, até que haja estabilização clínica, devido ao risco iminente de eventos cardiovasculares graves [15,16].

O uso de anestésicos locais com vasoconstritores, especialmente adrenalina, deve ser cauteloso em pacientes hipertensos. A dose máxima recomendada de epinefrina é de 0,04 mg por consulta, o que equivale a 2 tubetes com concentração de 1:100.000. Doses maiores podem causar taquicardia,

picos hipertensivos e arritmias [17]. É preferível utilizar anestésicos com menor concentração de vasoconstritor ou, se possível, alternativas sem vasoconstrição, como prilocaína com felipressina. Além disso, devem-se considerar possíveis interações medicamentosas com anti-hipertensivos, especialmente betabloqueadores e diuréticos, e o risco de xerostomia associado ao uso crônico desses medicamentos, que favorece cáries e doenças periodontais [17,18].

3.3 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Pacientes com doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e arritmias, apresentam maior risco de complicações durante o atendimento odontológico, principalmente em procedimentos invasivos ou prolongados. Em casos de ICC compensada (classe funcional I ou II da NYHA), os tratamentos eletivos podem ser realizados com monitoramento e cuidados adicionais, como consultas curtas e posição semirreclinada [17-19]. Pacientes descompensados (classe III ou IV) não devem ser submetidos a tratamento odontológico eletivo, sendo necessária estabilização médica prévia. As arritmias cardíacas também exigem atenção, pois o estresse e o uso de anestésicos com vasoconstritores podem desencadear episódios arrítmicos, sobretudo em pacientes com histórico de taquiarritmias ou portadores de marca-passo [19].

Pacientes com doenças cardiovasculares frequentemente utilizam anticoagulantes orais, como varfarina, ou anticoagulantes orais diretos (DOACs), como rivaroxabana e apixabana. O manejo odontológico deve equilibrar o risco de sangramento com o risco de eventos tromboembólicos [19]. Para procedimentos com baixo a moderado risco hemorrágico, como extrações simples, raspagens ou biópsias pequenas, geralmente não é necessário suspender o anticoagulante, desde que o INR esteja entre 2,0 e 3,5 no caso da varfarina. Para DOACs, recomenda-se realizar o procedimento ao menos 12 horas após a última dose e retomar a medicação poucas horas depois, se o sangramento estiver controlado. Em todos os casos, o uso de medidas hemostáticas locais, como suturas, compressão e ácido tranexâmico, é essencial [19,20].

A profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa (EI) deve ser considerada apenas em situações específicas, conforme as diretrizes da American Heart Association. A profilaxia é indicada para pacientes com próteses valvares, histórico de EI, cardiopatias congênitas complexas ou transplantados cardíacos com disfunção valvar [20]. Nesses casos, procedimentos com manipulação gengival, perfuração de mucosa ou manipulação da região periapical devem ser precedidos pela administração de antibióticos profiláticos, geralmente 2g de amoxicilina por via oral, 30 a 60 minutos antes. Para alérgicos à penicilina, recomendam-se 600 mg de clindamicina ou 500 mg de azitromicina [20,21].

3.4 NEOPLASIAS E PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS

Pacientes em tratamento oncológico, especialmente com quimioterapia e/ou radioterapia em cabeça e pescoço, frequentemente apresentam complicações orais, como mucosite, xerostomia, infecções oportunistas, trismo, disgeusia e osteorradionecrose [22]. A mucosite oral, por exemplo, acomete até 80% dos pacientes submetidos à quimioterapia intensiva, causando dor intensa e limitações funcionais. A radioterapia compromete as glândulas salivares, levando à xerostomia permanente, o que favorece cáries por radiação e infecções fúngicas. O cirurgião-dentista deve atuar de forma preventiva, com avaliações antes do início do tratamento oncológico e implementação de protocolos rigorosos de higiene bucal [22,23].

Pacientes imunossuprimidos, como transplantados, pacientes oncológicos e portadores de HIV/AIDS, apresentam risco aumentado para infecções bacterianas, fúngicas e virais, além de cicatrização prejudicada. O atendimento odontológico deve considerar o estado clínico e hematológico, especialmente contagens de neutrófilos e plaquetas. Em casos de neutropenia grave ($< 500/\text{mm}^3$) ou plaquetopenia ($< 50.000/\text{mm}^3$), procedimentos invasivos devem ser evitados ou realizados em ambiente hospitalar com suporte médico [24,25]. Em pacientes HIV positivos, o risco de infecção está mais relacionado à carga viral e à contagem de linfócitos CD4+. Quando $\text{CD4} < 200$ células/ mm^3 , há maior risco de infecções oportunistas como candidíase, herpes e periodontite necrosante, exigindo monitoramento clínico e, em alguns casos, terapia preventiva antifúngica ou antiviral [25].

Sempre que possível, os cuidados odontológicos devem ser realizados antes do início da imunossupressão, com eliminação de focos infecciosos crônicos. Durante períodos de imunossupressão intensa, os procedimentos invasivos devem ser evitados. Quando inevitáveis, recomenda-se profilaxia antibiótica, especialmente em neutropênicos ou transplantados recentes [23-25]. O protocolo mais comum inclui 2g de amoxicilina (ou 600mg de clindamicina para alérgicos), uma hora antes do procedimento. O acompanhamento contínuo pelo cirurgião-dentista é fundamental, com visitas regulares, monitoramento de lesões orais e reforço da higiene bucal, contribuindo para a prevenção de complicações sistêmicas e melhor qualidade de vida do paciente [24,25].

3.5 DOENÇA RENAL CRÔNICA

A Doença Renal Crônica (DRC) está frequentemente associada a manifestações orais significativas, como hálito urêmico, xerostomia, disgeusia, sangramento gengival e alterações ósseas relacionadas à osteodistrofia renal. Essas alterações decorrem da retenção de ureia e outros compostos nitrogenados, bem como de distúrbios no metabolismo de cálcio e fósforo [26]. A osteodistrofia renal

pode levar à perda óssea alveolar, mobilidade dentária, reabsorção radicular aumentada e alterações radiográficas nos ossos. Além disso, esses pacientes apresentam maior suscetibilidade a infecções orais, como candidíase, devido à imunossupressão associada à uremia e ao uso prolongado de medicamentos [26,27].

Pacientes em hemodiálise requerem cuidados específicos ao agendar consultas odontológicas. Idealmente, os procedimentos devem ser realizados no dia seguinte à diálise, quando o paciente se encontra em melhor estado clínico e com menor risco de sangramento. Evita-se atendimento no mesmo dia da diálise devido ao uso de anticoagulantes sistêmicos (como heparina) durante a sessão, o que aumenta o risco de sangramento [26,28]. Deve-se também evitar punções venosas no braço com fistula arteriovenosa e manter vigilância rigorosa em procedimentos com risco de sangramento. A comunicação com o nefrologista é essencial para avaliar o risco hemorrágico, a função renal atual e a necessidade de ajustes medicamentosos [26].

Dentistas devem estar atentos às limitações no metabolismo e excreção de fármacos em pacientes com DRC, pois a depuração renal reduzida pode levar à toxicidade de medicamentos excretados predominantemente pelos rins, como certos antibióticos (aminoglicosídeos) e analgésicos. O paracetamol deve ser o analgésico de escolha, em doses ajustadas, enquanto anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) devem ser evitados por poderem agravar a função renal. Em procedimentos invasivos, é recomendável o uso de medidas hemostáticas locais (suturas, compressão com gaze, ácido tranexâmico), além do uso criterioso de antibióticos profiláticos, especialmente em pacientes com cateteres venosos ou risco para endocardite. O tratamento deve ser individualizado com o apoio do nefrologista para garantir segurança e eficácia terapêutica [28].

3.6 DOENÇAS HEPÁTICAS

Doenças hepáticas crônicas, como hepatites virais e cirrose hepática, comprometem significativamente a função sintética do fígado, afetando a produção de fatores de coagulação e aumentando o risco de sangramentos em procedimentos odontológicos. Alterações hemostáticas são comuns e podem se manifestar como sangramento gengival espontâneo, petéquias ou equimoses na mucosa oral [29]. A cirrose também pode causar trombocitopenia devido ao hiperesplenismo, o que agrava ainda mais o risco hemorrágico. Esses fatores exigem avaliação laboratorial prévia — com ênfase no tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) e contagem de plaquetas — antes de qualquer intervenção invasiva [29,30].

Pacientes com disfunção hepática apresentam metabolismo reduzido de diversos medicamentos comuns na prática odontológica, como anestésicos locais, antimicrobianos, anti-

inflamatórios e analgésicos. Portanto, recomenda-se o uso de fármacos com menor metabolismo hepático ou com ampla margem terapêutica, como o paracetamol em doses controladas (máximo de 2g/dia), evitando AINEs, que podem agravar a lesão hepática e causar sangramentos gastrointestinais [31]. Antibióticos como amoxicilina-clavulanato devem ser usados com cautela, enquanto clindamicina e cefalexina são geralmente bem tolerados. A lidocaína, embora metabolizada no fígado, pode ser usada em doses reduzidas (máximo de 3 mg/kg) com monitoramento clínico [29–31].

Além das considerações clínicas e farmacológicas, o cirurgião-dentista deve estar atento ao risco de transmissão de hepatites virais, especialmente hepatite B (HBV) e C (HCV), tanto para os profissionais quanto para outros pacientes. O uso rigoroso de barreiras de proteção, esterilização adequada de instrumentos e adesão aos protocolos de biossegurança são indispensáveis [30]. Recomenda-se verificar o status vacinal para HBV entre os profissionais e, quando possível, conhecer a sorologia do paciente. O atendimento odontológico não deve ser adiado unicamente pela presença da infecção, desde que todas as precauções recomendadas sejam seguidas. A prevenção de complicações hemorrágicas e infecciosas depende de planejamento individualizado e, em casos complexos, da colaboração com o hepatologista [31].

3.7 DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS

A hemofilia é uma coagulopatia hereditária caracterizada pela deficiência do fator VIII (hemofilia A) ou fator IX (hemofilia B), resultando em sangramentos espontâneos ou prolongados após traumas. O atendimento odontológico desses pacientes requer precauções rigorosas, especialmente em procedimentos invasivos como extrações e raspagens subgengivais. Na maioria dos casos, é necessária a infusão profilática do fator de coagulação deficiente, sob supervisão médica em centros especializados [32]. Procedimentos eletivos devem ser coordenados com o hematologista, priorizando técnicas minimamente invasivas, anestesia local sem vasoconstritor para bloqueios e uso de medidas hemostáticas locais como suturas compressivas, ácido tranexâmico ou cola de fibrina [32,33].

Pacientes com leucemia, especialmente durante a fase ativa da doença ou sob quimioterapia, apresentam alto risco de infecções e sangramentos devido à pancitopenia (redução de hemácias, leucócitos e plaquetas). Manifestações clínicas incluem sangramento gengival espontâneo, úlceras, infecções oportunistas e mobilidade dentária. O tratamento odontológico deve ser realizado preferencialmente em períodos de remissão e após avaliação hematológica completa [33]. Quando os neutrófilos estão $< 1000/\text{mm}^3$ ou as plaquetas $< 50.000/\text{mm}^3$, procedimentos invasivos devem ser adiados ou realizados com suporte hospitalar. Recomenda-se antibioticoterapia profilática em casos

de neutropenia grave, além do reforço da higiene bucal com escovas ultramacias e antissépticos sem álcool [33,34].

A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia hereditária que afeta principalmente indivíduos de ascendência africana e pode envolver dor crônica, crises vaso-oclusivas e maior risco de infecções. Na cavidade oral, esses pacientes podem apresentar úlceras, infartos ósseos mandibulares, hipoplasia de esmalte e erupção dentária tardia [35]. Estresse físico ou psicológico, bem como infecções bucais não tratadas, podem desencadear crises falciformes, tornando o manejo odontológico delicado. O atendimento deve ocorrer em ambiente calmo, com controle rigoroso da dor, oxigenação adequada e preferência por procedimentos curtos. Em casos de infecção ou intervenções cirúrgicas, são essenciais a antibioticoterapia preventiva e a hidratação adequada, sempre com apoio médico [35,36].

3.8 DESAFIOS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Pacientes sistemicamente comprometidos frequentemente enfrentam barreiras significativas no acesso aos serviços odontológicos, tanto no setor público quanto no privado. A escassez de clínicas com infraestrutura adequada, dificuldades de locomoção e longos tempos de espera dificultam a plena inclusão desses indivíduos no sistema de saúde bucal [1,2]. No Sistema Único de Saúde (SUS), apesar da existência dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e da Política Nacional de Saúde Bucal, ainda há lacunas na cobertura e nos fluxos de referência desses pacientes. No setor privado, o alto custo do tratamento odontológico limita o acesso, especialmente para aqueles com doenças crônicas que já arcam com despesas contínuas com medicamentos e acompanhamento médico [37].

Outro desafio recorrente é a formação insuficiente dos cirurgiões-dentistas para o manejo de pacientes com necessidades especiais. Muitos cursos de graduação ainda abordam o tema de forma superficial, com pouca exposição prática a esses contextos clínicos. A educação continuada também é escassa e pouco incentivada, o que gera insegurança entre os profissionais na tomada de decisões clínicas em casos complexos [37,38]. A falta de conhecimento sobre interações medicamentosas, protocolos de profilaxia e abordagens clínicas adaptadas pode comprometer a segurança do paciente e resultar em encaminhamentos hospitalares desnecessários. A inclusão efetiva do tema no currículo base, bem como em programas de residência e especialização, é essencial para mudar esse cenário [38].

O atendimento odontológico a pacientes sistemicamente comprometidos requer uma abordagem integrada com outros profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas [1–3]. A colaboração multiprofissional permite uma compreensão mais ampla do quadro clínico, planejamento de procedimentos seguros e acompanhamento contínuo em situações de

risco elevado [5]. No entanto, a falta de integração entre os níveis de atenção e a comunicação precária entre os profissionais ainda são grandes obstáculos. Prontuários eletrônicos compartilhados, protocolos interinstitucionais e espaços para discussões clínicas conjuntas podem melhorar a eficácia e a segurança do cuidado. Fortalecer a interdisciplinaridade é, portanto, um dos pilares para o sucesso do atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais [2,3].

4 DISCUSSÃO

A revisão demonstrou que as condições sistêmicas mais comuns em pacientes com necessidades especiais, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, neoplasias, insuficiência renal, hepatopatias e distúrbios hematológicos, afetam diretamente a prática odontológica, exigindo uma abordagem diferenciada e segura [1-3,7,11,17,22,27,30,32]. Cada uma dessas condições apresenta riscos específicos, como sangramentos, infecções, crises metabólicas ou descompensações agudas que, se não forem devidamente considerados, podem resultar em complicações graves. A atuação preventiva, o domínio dos protocolos de biossegurança e a competência farmacológica são habilidades essenciais para os cirurgiões-dentistas que atendem essa população. A odontologia não pode mais ser praticada de forma isolada, dissociada do contexto sistêmico do paciente [1-3,37,38].

Apesar da existência de diretrizes nacionais e internacionais para o cuidado de pacientes sistemicamente comprometidos, como as da American Dental Association, American Heart Association e do Ministério da Saúde do Brasil [36,37], ainda existe um importante descompasso entre o conhecimento teórico e sua aplicação prática. Estudos indicam que muitos profissionais ainda se sentem despreparados para manejar pacientes com condições crônicas, o que leva à subnotificação, encaminhamentos desnecessários ou até à recusa do atendimento [38]. A ausência de protocolos padronizados nas redes de saúde pública e a escassez de centros odontológicos com suporte médico-hospitalar agravam ainda mais esse cenário. Há uma necessidade urgente de maior investimento na formação voltada à Odontologia Hospitalar e na implementação de linhas de cuidado integradas entre os níveis primário e especializado de atenção [1,37,38].

Para superar os desafios identificados, é fundamental que o tema das necessidades especiais, especialmente no que diz respeito às condições sistêmicas, seja incorporado de forma estruturada nos currículos de graduação e pós-graduação. A criação de disciplinas específicas, estágios supervisionados e programas de residência multiprofissional pode ampliar a segurança e a competência dos futuros profissionais [39]. Além disso, políticas públicas devem apoiar o desenvolvimento de centros de referência no atendimento odontológico de pacientes com

necessidades especiais, com equipes interdisciplinares capacitadas e infraestrutura física acessível. Garantir um cuidado odontológico seguro e humanizado para essa população não é apenas uma responsabilidade clínica, mas também um imperativo ético, legal e social [40].

5 CONCLUSÃO

O atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais que apresentam comprometimento sistêmico exige preparo técnico, sensibilidade clínica e responsabilidade ética. As condições sistêmicas mais prevalentes, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, neoplasias, hepatopatias, nefropatias e distúrbios hematológicos, impõem riscos específicos que devem ser cuidadosamente avaliados e gerenciados. Compreender os limites fisiológicos, garantir o uso seguro de medicamentos e adaptar os protocolos clínicos são ações essenciais para proporcionar um tratamento eficaz e seguro.

Apesar dos avanços nas políticas públicas e da disponibilidade de diretrizes técnicas, ainda persistem barreiras que dificultam o acesso e comprometem a qualidade da atenção odontológica oferecida a esses pacientes. Entre os principais desafios estão a escassez de profissionais capacitados, a oferta limitada de serviços especializados e a falta de integração entre os diferentes níveis de atenção. A desvalorização da odontologia hospitalar e a formação acadêmica ainda incipiente contribuem para a perpetuação dessas desigualdades no cuidado.

É fundamental que instituições de ensino, gestores da saúde pública e conselhos profissionais atuem de forma colaborativa para promover uma prática odontológica mais inclusiva, segura e baseada em evidências. A ampliação da formação especializada, o fortalecimento da colaboração multiprofissional e a implementação de centros de referência em saúde bucal voltados para pacientes com necessidades especiais devem ser prioridades. O compromisso com a equidade no cuidado odontológico não é apenas uma exigência técnica, mas um reflexo do respeito à dignidade e aos direitos humanos desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Vivacqua ABG, Lucena EHG, Pucca Júnior GA, Martins FC. Analysis of hospital dental care for patients with special needs in Brazil. *Braz Oral Res.* 2024 May 10;38:e007.
2. Reis-Oliveira J, Costa BSF, Borges-Oliveira AC, de Abreu MHNG. Association between management, human resources, and care provided to patients with special healthcare needs in dental specialty centers in Brazil: A cross-sectional study. *Spec Care Dentist.* 2023 Sep-Oct;43(5):611-618.
3. Bartholo MF, Tenório JR, Andrade NS, Silveira CB, Ortega KL, Martins F, Gallottini M. Comorbidities in people living with HIV/AIDS and their impact on outpatient dental care. *Braz Oral Res.* 2025 Apr 4;39:e035.
4. Sadatsafavi M, Tran TN, Scelo G, Tsai MJ, Busby J, Emmanuel B, Heaney LG, Jenkins C, Hoyte F, Canonica GW, Katial R, Heffler E, Wang E, Puggioni F, Wechsler ME, Arduoso LRF, Máspero J, Sivori M, Emmas C, Menzies-Gow AN, Stjepanovic N, Bosnic-Anticevich SZ, Cochrane B, Denton E, Gibson PG, Hew M, Middleton PG, Peters MJ, Brusselle GG, Louis R, Schleich F, Christoff GC, Popov TA, Bergeron C, Bhutani M, Chapman KR, Côté A, Couillard S, Dorscheid DR, Jiménez-Maldonado L, Solarte I, Torres-Duque CA, Hansen S, Porsbjerg CM, Ulrik CS, Altraja A, Bourdin A, Exarchos KP, Gogali A, Kostikas K, Makris MP, Papaioannou AI, Mitchell PD, Iwanaga T, Nagano T, Tohda Y, Al-Ahmad MS, Larenas-Linnemann D, Aarli BB, Kuna P, Chaves Loureiro C, Al-Lehebi R, Bulkhi AA, Chen W, Juang YR, Koh MS, Liu A, Rhee CK, Cosio BG, Perez-de-Llano L, Perng DW, Sheu CC, Wang HC, Mahboub B, Salameh L, Jackson DJ, Patel PH, Pfeffer PE, Lugogo N, Pleasants RA, Beastall A, Bulathsinhala L, Carter V, Eleangovan N, Fletton K, Townend J, Murray RB, Price DB. Prevention of Cardiovascular and Other Systemic Adverse Outcomes in Patients with Asthma Treated with Biologics. *Am J Respir Crit Care Med.* 2025 May 18.
5. Estanho D, do Amaral-Sobrinho LF, de Lima FS, Contreiras JPS, Agostini M, Andrade NS, de Arruda JAA, Torres SR, de Oliveira SP, de Andrade BAB, Tenório JR. Oral viral, fungal, and bacterial infections linked to comorbidities: A case series from a Brazilian referral center. *J Clin Exp Dent.* 2025 Apr 1;17(4):e382-e392.
6. Shaw S, Khan J. Risk of dental caries and periodontal disease among older adults and elderly persons with diabetes in India: a population-based cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2025 May 19;25(1):737.
7. Cesar de Barros M, Velasquez-Espedilla EG, Dias de Oliveira L, Gomes BPFA, Hungaro Duarte MA, Negrato CA, Bombarda de Andrade F. Impact of type 2 diabetes mellitus on apical periodontitis size, endotoxin levels and bacterial load in root canals with necrotic pulp. *J Endod.* 2025 May 9:S0099-2399(25)00248-1.
8. Juarez DT, Demaris KM, Goo R, Mnatzaganian CL, Wong Smith H. Significance of HbA1c and its measurement in the diagnosis of diabetes mellitus: US experience. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2014;7:487-94.
9. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2011 Jan;34 Suppl 1(Suppl 1):S62-9.

10. Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, Kosiborod M, Maynard GA, Montori VM, Seley JJ, Van den Berghe G., Endocrine Society. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Jan;97(1):16-38.
11. Puel EM, Taruhn LF, Damé-Teixeira N, Stefani CM, Lataro RM. Is there a link between the abundance of nitrate-reducing bacteria and arterial hypertension? A systematic review. *Nitric Oxide.* 2025 Apr 11;157:19-33.
12. Öçbe M, Çelebi E, Öçbe ÇB. An overlooked connection: oral health status in patients with chronic diseases. *BMC Oral Health.* 2025 Feb 27;25(1):314.
13. Yang H, Qin Y, Geng J, Qu J, Cheng Q, Li K, Zhang D. Effect of age and systemic inflammation on the association between severity of periodontitis and blood pressure in periodontitis patients. *BMC Oral Health.* 2025 Feb 21;25(1):273.
14. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, Chalmers J, Rodgers A, Rahimi K. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016 Mar 05;387(10022):957-967.
15. Xie X, Atkins E, Lv J, Bennett A, Neal B, Ninomiya T, Woodward M, MacMahon S, Turnbull F, Hillis GS, Chalmers J, Mant J, Salam A, Rahimi K, Perkovic V, Rodgers A. Effects of intensive blood pressure lowering on cardiovascular and renal outcomes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016 Jan 30;387(10017):435-43.
16. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith SC, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA, Williamson JD, Wright JT. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2018 May 15;71(19):e127-e248.
17. Guimaraes CC, Lopes LC, Bergamaschi CC, Ramacciato JC, Silva MT, Araújo JO, de Andrade NK, Motta RHL. Local anaesthetics combined with vasoconstrictors in patients with cardiovascular disease undergoing dental procedures: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2021 Jul 15;11(7):e044357.
18. Seminario-Amez M, González-Navarro B, Ayuso-Montero R, Jané-Salas E, López-López J. USE OF LOCAL ANESTHETICS WITH A VASOCONSTRICTOR AGENT DURING DENTAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE AND CORONARY DISEASE PATIENTS. A SYSTEMATIC REVIEW. *J Evid Based Dent Pract.* 2021 Jun;21(2):101569.
19. Saraç F, Derelioğlu SŞ, Şengül F, Laloğlu F, Ceviz N. The Evaluation of Oral Health Condition and Oral and Dental Care in Children with Congenital Heart Disease. *J Clin Med.* 2023 May 25;12(11):3674.

20. Jackevicius CA, Lu L, Ghaznavi Z, Warner AL. Bleeding Risk of Direct Oral Anticoagulants in Patients With Heart Failure And Atrial Fibrillation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2021 Feb;14(2):e007230.
21. Buonavoglia A, Leone P, Solimando AG, Fasano R, Malerba E, Prete M, Corrente M, Prati C, Vacca A, Racanelli V. Antibiotics or No Antibiotics, That Is the Question: An Update on Efficient and Effective Use of Antibiotics in Dental Practice. *Antibiotics (Basel)*. 2021 May 9;10(5):550.
22. de Souza LL, Pontes HAR, Santos-Silva AR, Fernandes LA, Batista LAL, Lopes MA, Khan W, Pontes FSC. Oral radiation-induced sarcomas: Systematic review. *Head Neck*. 2020 Sep;42(9):2660-2668.
23. Souza LL, Cáceres CVBL, Vargas PA, Lopes MA, Santos-Silva AR, Silva WGD, Prado-Ribeiro AC, Brandão TB, Pereira J, Mesquita RA, Pontes FSC, González-Arriagada WA, Pedraza RM, Andrade BAB, Romañach MJ, Soares CD, Carvalho MGF, Pires FR, Carlos R, Fonseca FP, Pontes HAR, de Almeida OP. Plasmacytoma and plasma cell myeloma affecting the jaws: A multi-institutional collaborative study. *J Oral Pathol Med*. 2021 Jul;50(6):613-621.
24. de Souza LL, Correia-Neto IJ, Kalinin Y, Pontes FSC, Santos-Silva AR, Vargas PA, Lopes MA, Pontes HAR. Oral Kaposi sarcoma in Brazil: a case series of 40 patients highlighting a significant health burden. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2025 May;139(5):576-582.
25. Sousa RH, Souza LL, Guedes PT, Prado-Ribeiro AC, Rodrigues-Oliveira L, Brandão TB, Alves BW, Lopes MA, Santos-Silva AR, Monteiro JC, Gonçalves TT, Almeida OP. Oral Kaposi sarcoma development is associated with HIV viral load, CD4+ count and CD4+/CD8+ ratio. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021 Nov 1;26(6):e748-e753.
26. Tabesh A, Sadat Abtahi M, Narimany R, Sadat Abtahi M. Oral health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *Dent Res J (Isfahan)*. 2022 Sep 26;19:73.
27. Pontes FSC, Lopes MA, de Souza LL, Dos Santos da Mata Rezende D, Santos-Silva AR, Jorge J Jr, da Silva WG, Pires FR, Rocha AC, de Campos WG, Caldato MCF, Martin RM, Fonseca FP, Pontes HAR. Oral and maxillofacial manifestations of chronic kidney disease-mineral and bone disorder: a multicenter retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018 Jan;125(1):31-43.
28. Wallace K, Shafique S, Piamjariyakul U. The Relationship Between Oral Health and Hemodialysis Treatment Among Adults with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Nephrol Nurs J*. 2019 Jul-Aug;46(4):375-394.
29. Åberg F, Helenius-Hietala J. Oral Health and Liver Disease: Bidirectional Associations-A Narrative Review. *Dent J (Basel)*. 2022 Jan 21;10(2):16.
30. Lim HI, Cuker A. Thrombocytopenia and liver disease: pathophysiology and periprocedural management. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2022 Dec 9;2022(1):296-302.

31. Elnaem IS, Aloudah EM, Essa HA, Alenzi LH, Alghris AM. Management of Dental Extraction in Liver Cirrhosis: A Case Report. *Cureus*. 2025 Mar 11;17(3):e80388.
32. Kumar M, Badagabettu S, Pai KM, Nayak BS. Dental management of people with congenital hemophilia: An integrative review of case reports and case series from a global scenario. *Spec Care Dentist*. 2025 Jan-Feb;45(1):e13099.
33. Sharma S, Shahi AK, Chandra S, Abdul NS, Singh B, Singh R, Shivakumar GC. State of Dental Health and Management Needs of Young Hemophilic Patients: A Case-control Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2023 Mar-Apr;16(2):380-387.
34. Camiré-Bernier É, Nidelet E, Baghdadli A, Demers G, Boulanger MC, Brisson MC, Michon B, Lauzier S, Laverdière I. Parents' Experiences with Home-Based Oral Chemotherapy Prescribed to a Child Diagnosed with Acute Lymphoblastic Leukemia: A Qualitative Study. *Curr Oncol*. 2021 Nov 1;28(6):4377-4391.
35. Kakkar M, Holderle K, Sheth M, Arany S, Schiff L, Planerova A. Orofacial Manifestation and Dental Management of Sick Cell Disease: A Scoping Review. *Anemia*. 2021 Oct 22;2021:5556708.
36. Mattos GML, Costa CM, Malheiros AS, Maciel MB, Bassi-Dibai D, Ferreira MC, Tavares RRJ. Impact of oral health conditions on the quality of life of children and adolescents with sickle cell anemia: A cross-sectional study. *Int J Paediatr Dent*. 2025 May;35(3):551-557.
37. Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S. Accessibility of Special Care Dentistry Across Countries: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024 Nov 26;12(23):2376.
38. Gomes E Moura AP, Lima RB, de Queiroz AM, da Silva LAB, Segato RAB. Outpatient and inpatient dental care for patients with disabilities in Brazil's public healthcare system: A population-based approach from 2014 to 2023. *Spec Care Dentist*. 2024 Nov-Dec;44(6):1642-1650.
39. Schulz RE, de Jesus É, Del Rosário Ruiz Nunez, Luz Lisboa M, de Mello ALSF, de Camargo AR. Contributions of a University Extension Programme in Special Care Dentistry to Education and Training of Undergraduate Students: A Qualitative Study. *Eur J Dent Educ*. 2025 Apr 27.
40. Bezinelli LM, Eduardo FP, Palacio DDC, Heller D, Ramos DVR, Cavalcante DFB, Vasques MT, Cesar PF, Monte JCM, Campos AH, Corrêa L. Special care in dental curriculum: A transversal axis for integrating oral health with systemic health. *Spec Care Dentist*. 2023 Nov-Dec;43(6):776-784.