

## Promoção de saúde bucal em paciente idosa internada na Unidade de Terapia Intensiva – relato de caso

*Carina Machado Orlandi da Veiga Jardim*

*Renata Monteiro de Paula*

*Isabela Castro*

*Cláudia Baiseredo*

*Cinthia Gonçalves Barbosa de Castro Piau*

*Fernando Luiz Brunetti Montenegro*

*Camila de Freitas*

*Alexandre Franco Miranda*

**Resumo:** Ações preventivas de remoção do biofilme dentário e saburra lingual; higienização das próteses, quando possível o paciente usar; tratamento de lesões de tecidos moles; restaurações atraumáticas (ART) e exodontias podem ser realizadas por odontólogos capacitados, a partir de um planejamento interdisciplinar, em pacientes idosos internados em unidades de terapia intensiva (UTIs). O presente relato de caso clínico tem como objetivo descrever as condutas em saúde bucal realizadas em uma paciente idosa, leucoderma, 90 anos, anêmica, que foi internada na UTI de um hospital em Goiânia-GO devido a uma parada cardiorrespiratória, permanecendo nesse setor hospitalar por 27 dias. As condutas odontológicas foram marcadas por constante hidratação labial e das mucosas com vitamina E + óleo de coco em gel comestível, higienização das próteses com escova para prótese e sabão em barra neutro, desinfecção da prótese com clorexidina 0,12%, eliminação da saburra lingual, além de escovação sob constante sucção foi realizada de 12 em 12 horas durante 21 dias pela equipe odontológica. Ajuste protético associado à ação medicamentosa de extrato fluido de camomila a 10%, 03 vezes ao dia, contribuíram para o não incômodo na paciente, que passou a realizar as suas funções como fala, mastigação e deglutição corretamente, além da melhora da sua autoestima. A promoção de saúde bucal estabelecida foi importante na manutenção do bem estar e qualidade de vida da idosa internada na UTI. Intervenções odontológicas podem contribuir na recuperação da paciente e devem ser muito bem planejadas, principalmente em pacientes idosos que, geralmente, apresentam enfermidades sistêmicas associadas.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva; Unidade hospitalar de Odontologia; Odontogeriatría; Saúde bucal; Qualidade de vida.

## Introdução

A prática odontológica hospitalar compreende um tipo de prestação de serviços que visa a promoção de saúde ou o mínimo estabelecimento de condições de saúde bucal consideradas ideais em pacientes, críticos ou não, nos vários setores (ambulatorial, emergências, enfermaria, centro cirúrgico e unidades de terapias intensiva) de um hospital.<sup>1,2</sup>

Essa atividade em saúde, em que o cirurgião-dentista pode atuar, é caracterizada por planejamentos clínicos e execução das atividades odontológicas sempre de maneira multi-interdisciplinar com a participação, quando possível, de todos os profissionais da saúde envolvidos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e técnicos de enfermagem, a destacar) nesse ambiente, a fim de proporcionar um atendimento digno e capacitado aos pacientes internados, a partir de um consenso familiar.<sup>3,4</sup>

Os pacientes que necessitam esse tipo de atendimento, geralmente, devem ter uma assistência específica, além de maior atenção clínica por parte do odontólogo, principalmente na realização de minuciosa anamnese, conhecimento das condições sistêmicas que podem interferir diretamente na saúde bucal, bem como a prática em saúde bucal não assistida, que contribui para piora do quadro sistêmico.<sup>5,6</sup>

O principal grupo de enfermos que necessitam de cuidados hospitalares e apresentam elevada incidência são os idosos, geralmente acometidos por doenças sistêmicas crônicas, necessitando de cuidados minuciosos e capacitados no ambiente hospitalar em todas as suas ações setoriais.<sup>1,4</sup>

Nesse ambiente destaca-se a participação efetiva do setor odontológico nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), visando a promoção da saúde bucal e qualidade de vida de idosos internados.<sup>7,8</sup>

O objetivo da prática odontológica nas UTIs em pacientes idosos críticos é a eliminação de possíveis focos inflamatórios, infecciosos e de sintomatologia dolorosa decorrentes de problemas presentes na cavidade bucal, que possam contribuir na não recuperação desses indivíduos, além de prolongar a permanência de internação hospitalar.<sup>9,10</sup>

As condutas odontológicas mais realizadas nesse setor hospitalar são consideradas de mínima intervenção, como as ações preventivas de remoção mecânica do biofilme e saburra lingual; higienização das próteses, quando possível a utilização das mesmas pelo paciente; tratamento de lesões de tecidos moles como úlceras traumáticas; restaurações atraumáticas (ART) e, em casos emergenciais, a partir de um planejamento multidisciplinar e familiar, extrações dentárias.<sup>1,3,7</sup>

Entre as principais enfermidades sistêmicas, relacionadas com a falta de promoção de saúde bucal no ambiente hospitalar, destaca-se a pneumonia nosocomial - adquirida no próprio hospital - principalmente nas UTIs, podendo estar diretamente associada à falta de higienização bucal, e próteses adequadas, favorecendo, assim, o acúmulo de biofilme e saburra bucal, possíveis reservatórios microbianos de bactérias gram negativas associados ao quadro de pneumonia.<sup>3,11,12</sup>

O presente trabalho tem como objetivo, a partir de um relato de caso clínico, apresentar a atuação clínica de promoção de saúde bucal direcionada a uma paciente idosa internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de hospital particular em Goiânia, GO.

### **Relato de caso**

Paciente I.M., leucoderma, sexo feminino, 90 anos, portadora de uma anemia de grau sanguíneo 7 (hemoglobinas 7.3 g/dl; ferritina 6.3 ng/ml) internada em hospital particular em Goiânia – GO para a realização de transfusão sanguínea, mas que no dia seguinte ao procedimento médico teve uma parada cardiorespiratória, sendo internada na UTI imediatamente após o ocorrido, ali permanecendo por 27 dias interruptos.

A paciente foi intubada orotraquealmente, sendo submetida a um procedimento de traqueostomia posteriormente, conseqüentemente todo o processo respiratório passou a ser dependente de aparelhos e a pressão arterial permaneceu controlada por medicamentos.

Após o período crítico e de condutas médicas emergenciais, a paciente apresentou-se colaboradora e consciente de todas as atividades realizadas na UTI contribuindo, de certa forma, na sua recuperação.

De acordo com a própria paciente, e seus familiares, as condutas odontológicas na UTI não eram realizadas diariamente e de maneira adequada. Tal fato foi determinante para a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela responsável legal, sua filha, autorizando a intervenção odontológica de caráter preventivo na paciente na própria UTI.

Suas características clínicas foram marcadas pela disfagia e hipersalivação, voz hipossonora, higiene bucal precária, acúmulo de biofilme, principalmente aderido aos implantes inferiores (dentes 33 e 43, responsáveis pela sustentação de uma prótese implanto-suportada) e na prótese total superior, além da presença de saburra lingual.

As condutas odontológicas planejadas e executadas objetivaram o estabelecimento da saúde bucal da paciente a partir da eliminação dos possíveis focos inflamatórios presentes.

Hidratações labiais e das mucosas com vitamina E + óleo de coco em gel comestível foram realizadas constantemente, contribuindo ao mínimo conforto bucal para a paciente (Figura 1).



Figura 1 - Higienização da cavidade bucal com gaze embebida em solução de digluconato de clorexidina 0,12% e hidratação labial com óleo de coco associado a vitamina E realizados diariamente na UTI.



Figura 2 - Condição inicial das próteses: mal higienizadas, acúmulo de cálculo e reembasadas com Coe Soft.

Condutas de higienização das próteses foram realizadas, a partir do uso de escova específica para a limpeza de próteses e sabão neutro; posteriormente, utilizou-se gaze embebida em solução de digluconato de clorexidina a 0,12% para complementação da higienização protética (Figura 2).

A eliminação da saburra lingual foi realizada, sob orientação, com o uso da solução de digluconato de clorexidina a 0,12%, formulação em gel, utilizando uma escova dentária descartável no sentido póstero-anterior da língua, sob constante sucção, de 12 em 12 horas durante 21 dias pela equipe odontológica no ambiente hospitalar e na UTI (Figura 3).



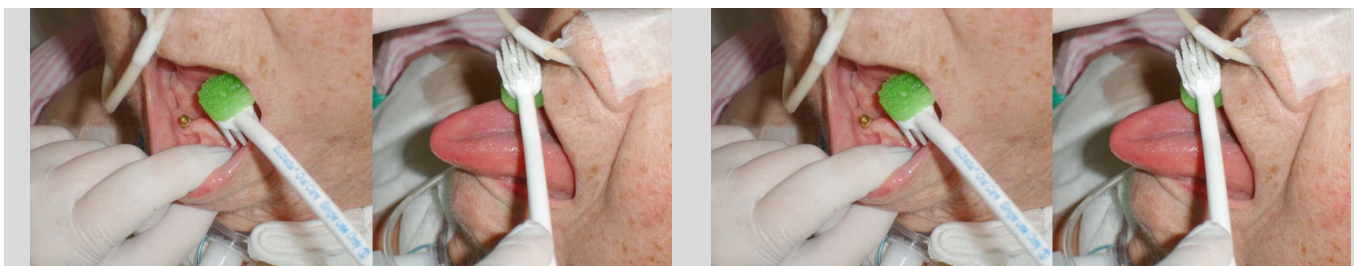
Figura 3 - Paciente idosa, 90 anos, alimentação nasoenteral, traqueostomizada e internada na UTI devido a uma parada cardiorrespiratória. Presença de saburra lingual e dificuldades de higienização.



Figura 4 - Eliminação de saburra lingual utilizando escova dentária descartável – Orientações em saúde bucal para a equipe de enfermagem – adaptação profissional.

Essas condutas de higienização da cavidade oral, seguindo os protocolos descritos, tiveram continuidade após a ida da paciente para o quarto hospitalar, contribuindo para a melhora significativa da sua condição bucal e eliminação do processo inflamatório, biofilme e saburra lingual presentes (Figura 4).

Utilizou-se, também, uma escova dental Oral Care (*Comfort Personal Cleansing Products / Sage Products*), específica para higienização bucal em UTIs, para verificar se havia algum benefício no tratamento da paciente, uma vez que a escova dentária tem um sistema de sucção associado, o que permite que a escovação dentária seja feita com um sistema de sucção realizado, simultaneamente (Figuras 5.1 e 5.2).



Figuras 5.1 e 5.2 - Utilização da escova dental Oral Care (*Comfort Personal Cleansing Products / Sage Products*) – Adaptação profissional no atendimento: higienização lingual, implantes e tecidos moles sob constante sucção da bomba à vácuo.

Diante das possibilidades, custos e benefícios, optamos em utilizar o método tradicional de higienização bucal nas UTIs: escova dentária associada à pasta fluoretada, sob constante sucção, realizada pelo auxiliar (cirurgião-dentista, ou outro profissional intensivista).

No período em que a paciente esteve internada no ambiente hospitalar, na UTI, a mesma perdeu peso, fato que contribuiu para uma não adaptação satisfatória da prótese total superior e, como consequência, o aparecimento de uma úlcera traumática na região de rebordo superior direita devido ao uso constante da mesma.

Condutas clínicas de desgaste da prótese foram realizadas no ambiente hospitalar em associação medicamentosa a partir da prescrição de AD MUC (Extrato fluido de chamomilla recuita (L.) Rauschert 10%) 03 vezes ao dia, contribuindo para o desaparecimento da úlcera e incômodo relatado pela paciente.

Após o estabelecimento das suas condições de saúde de maneira favorável, a paciente passou a utilizar as próteses dentárias, permitindo, assim, a realização de uma correta mastigação, aumento da sua capacidade nutricional e autoestima, que foram de suma importância na sua recuperação (Figura 6).

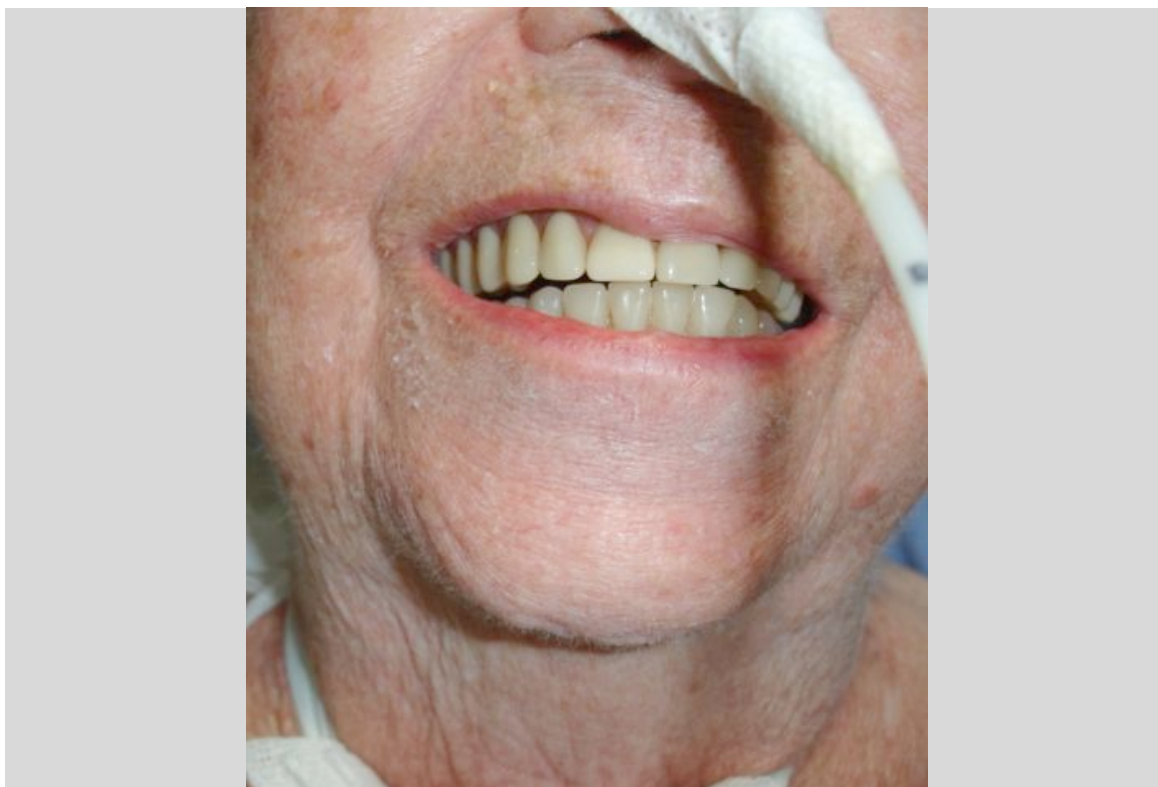


Figura 6 - Estabelecimento da saúde bucal da paciente: eliminação dos possíveis focos inflamatórios e infecciosos presentes: qualidade de vida.

Ressaltamos que a atuação multidisciplinar, com a participação efetiva de toda a equipe intensivista foi de grande importância para que as condutas direcionadas à promoção de saúde bucal da paciente fossem executadas corretamente.

A participação médica no controle sistêmico, os fisioterapeutas nas atividades respiratórias, a equipe de enfermagem nas condutas de manutenção da saúde bucal e a fonoaudióloga, que utilizou um planejamento clínico e estratégico no treinamento e fortalecimento muscular orofacial da paciente, permitiram o restabelecimento da deglutição, deglutição assistida, reutilização das próteses dentárias e desempenho correto das funções do sistema estomatognático da paciente, a qual retornou às suas atividades diárias após 21 dias internadas na UTI hospitalar.

## Discussão

Morais e colaboradores<sup>1</sup> e Miranda e Montenegro<sup>13</sup> indicam que pacientes internados em UTI têm uma maior quantidade de biofilme bucal, lembrando que a complexidade do mesmo aumenta com o passar do tempo. Além disso, observamos que, no caso dos idosos dependentes, as próteses não são suficientemente limpas, e devido à constante deglutição ou até mesmo aspiração dos microorganismos presentes nas placas bacterianas aderidas às

próteses, dentes e língua, pode ocorrer infecções inesperadas, já que os mesmos servem como patógenos.

Segundo Feijó e Coutinho<sup>5</sup> e Pineda e colaboradores<sup>10</sup>, os patógenos existentes no biofilme bucal, em especial os respiratórios, podem contribuir para a infecção nosocomial, adquirida no ambiente hospitalar após a internação, infecção hospitalar mais recorrente.

A odontologia hospitalar tem como objetivo contribuir na melhora do quadro sistêmico. Isso ocorre porque muitos pacientes são portadores de afecções sistêmicas, dependentes de cuidados, e apresentam limitação para manter a higienização bucal adequada, necessitando de profissionais da área da saúde qualificados na realização dessa tarefa específica.<sup>10,14</sup>

A adaptação ou a criação de meios auxiliares para o atendimento odontológico na UTI é essencial como, por exemplo, a utilização de expansores bucais, removedores de saburra lingual, e adaptação ergonômica do odontólogo em conseguir atender o paciente idoso, ressaltam Munro e Grap<sup>7</sup> e Rabelo e colaboradores<sup>15</sup>.

O atendimento direcionado a pacientes idosos internados em UTIs tem fundamental importância na promoção de saúde e sua relação direta com as enfermidades sistêmicas como a pneumonia. Considerada uma das principais causas de internação hospitalar, em todo o mundo, no Brasil ela representa a quarta causa de hospitalização em idosos e importante causa de morte nesses indivíduos.<sup>9,4</sup>

De acordo com estudos da Bibliomed,<sup>11</sup> as doenças respiratórias mais frequentes em idosos são: a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a asma, a tuberculose e a pneumonia adquirida na comunidade ou a hospitalar que diferem uma da outra pelo tipo de agente causal e pelas medidas preventivas e terapêuticas a serem instituídas.

Considerando as pneumonias como uma das doenças mais comuns em UTIs, podemos prever alguns problemas bucais mais frequentes nesses pacientes, enfatizam Pineda e colaboradores<sup>10</sup>. Isso ocorre, uma vez que a falta da correta higienização bucal leva ao aparecimento de saburra lingual, biofilme dental acumulado nos dentes e nas próteses, causando assim, problemas periodontais e cáries.

Além disso, se levarmos em consideração os idosos dependentes, conforme evidenciado no relato de caso, não se pode esquecer que os mesmos não conseguem higienizar as suas próteses corretamente e, devido à constante deglutição ou aspiração dos microorganismos da placa bacteriana aderida à prótese, podem ocorrer infecções inesperadas, já que a prótese funciona como potente reservatório de patógenos respiratórios.<sup>14,2</sup>

Segundo Araújo<sup>3</sup>, Rezende<sup>9</sup> e Pineda e colaboradores<sup>10</sup>, o cirurgião-dentista assume um importante papel na equipe e planejamento em saúde nas

unidades de terapia intensiva, apesar de que, antigamente, o maior problema dos odontólogos era enfrentar obstáculos para integrar equipes multidisciplinares na UTI, uma vez que ficavam de lado pelo grande número de problemas enfrentados pelos pacientes.

Miranda e Montenegro <sup>13</sup> e Watando e colaboradores <sup>17</sup> enfatizam que as ações de promoção de saúde bucal e de mínima intervenção, além de uma limpeza bucal adequada, são consideradas indispensáveis para os procedimentos de prevenção e tratamento das afecções respiratórias em idosos acamados, dentre as quais se destacam as pneumonias, de grande incidência, morbidade e mortalidade neste grupo de pacientes.

Quando atuamos em um campo no qual temos que dividir nossas ideias, conhecimentos e atuações com outros profissionais da área da saúde é que percebemos quão importante essa interligação. No caso clínico apresentado, a paciente estava com hipossalivação, causada pela excessiva ingestão de medicamentos xerostômicos, presença de saburra lingual e placa bacteriana nas próteses e implantes, devido à deficiência de higienização bucal feita corretamente na UTI, havendo a necessidade de integração na resolução desse contexto clínico.

A participação de outros profissionais da saúde contribuiu para melhor recuperação do paciente idoso dependente, como relatado no caso clínico, em que a idosa em situação crítica foi assistida por uma fisioterapeuta e fonoaudióloga, além da equipe médica, ação multidisciplinar que favoreceu uma reativação das atividades diárias como a fala, deglutição, alimentação e correta movimentação da musculatura facial. <sup>1,18</sup>

A responsabilidade ética e profissional nas condutas em saúde direcionadas a pacientes idosos dependentes e em situações de vulnerabilidade deve ser rigorosamente respeitada por todos os profissionais da saúde envolvidos, a partir da assinatura do consentimento livre e esclarecido por parte dos responsáveis legais do idoso e relatórios clínicos bem redigidos de maneira individualizada e específica para cada caso. <sup>19-21</sup>

A participação do cirurgião-dentista dentro de uma equipe em UTI é de suma importância, uma vez que os enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e equipe intensivista devem ser orientados e capacitados para atender às necessidades de higiene bucal dos pacientes, além de observarem o aparecimento de futuros problemas bucais que podem ser solucionados em sua fase inicial, não comprometendo a condição sistêmica do idoso. <sup>22,23</sup>

A promoção de saúde é o melhor modo de se prevenir doenças em pacientes idosos considerados frágeis a partir de condutas odontológicas consideradas de mínima intervenção, como raspagem supragengival, controle de placa bacteriana por meio da ação mecânica de escovação dentária, profilaxia, adequação do meio com aplicações de flúor e restaurações atraumáticas (ART), ajustes e higienização das próteses, que devem ser inseridas e

executadas por odontólogos capacitados em atuarem no contexto hospitalar, conforme exemplificado no relato de caso.

### **Conclusão**

Medidas de promoção de saúde bucal foram importantes na manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida da idosa internada na UTI de maneira a contribuir na eliminação de possíveis alterações na cavidade bucal que poderiam interferir diretamente na recuperação da mesma, conforme relatado.

As intervenções em saúde bucal direcionadas aos idosos internados em UTIs podem contribuir na recuperação do paciente e devem ser planejadas com todos os envolvidos no contexto hospitalar.

Enfatizamos a disseminação do conhecimento técnico-científico e educacional sobre esse assunto aos profissionais da saúde envolvidos e familiares, que estão pouco informados sobre esse tipo de atendimento específico em saúde bucal.

### **Referências**

MORAIS, TMN, et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *RBTI*, 2006; 18(4): 412-417.

DE LIMA, DC, et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2011; 16(supl.1): 1173-1180.

ARAÚJO, RJG; OLIVEIRA, LCG; HANNA, LMO; CORREA, AM; CARVALHO, LHV; ALVARES, CF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *RBTI*, 2009; 21(1): 38-44.

BENATTI, FG; MONTENEGRO, FLB. A intervenção odontológica colaborando na diminuição das afecções respiratórias dos idosos. *Rev Portal do Envelhecimento*, 2008; 9(2): 1-4.

FEIJÓ, RD; COUTINHO, AP. *Manual de prevenção de infecções hospitalares do trato respiratório*. 2nd ed. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; 2005.

CHLEBICKI, MP; SAFDAR, N. Topical chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. *Crit Care Med*, 2007; 35(2): 595-602.

MUNRO, CL; GRAP, MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *Am J Crit Care*, 2004; 13(1): 25-34.

DE AGUIAR, ASW, et al. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia. *Rev Eletr Extensão*, 2010; 7(9): 100-110.

REZENDE, TO. *Cuidados bucais em pacientes idosos hospitalizados pela equipe de enfermagem*. Dissertação (Especialização). - Associação Brasileira de Ensino Odontológico, São Paulo, 2005: 185p.

PINEDA, LA; SALIBA, RG; EI SOLH, AA. Effect of oral decontamination with chlorhexidine on the incidence of nosocomial pneumonia: a meta-analysis. *Crit Care*, 2006; 10(1): 35.

BIBLIOMED, Inc. Pneumonia no idoso. Disponível em: [www.boasaude.uol.com.br](http://www.boasaude.uol.com.br) [2006 July 10].

LOTUFO, RFM; PANNUTI, CM. Efeitos Diretos dos Patógenos Bucais nas Condições Sistêmicas, em: Brunetti MC - *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004: 42-57.

MIRANDA, AF; MONTENEGRO, FLB. Ação odontológica preventiva em paciente idoso dependente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Rev Paul Odonto*, 2010; 32(1): 34-38.

SANTOS, PSS, et al. Impacto da remoção de biofilme lingual em pacientes sob ventilação mecânica. *RBTI*, 2013; 25 (1):44-48.

RABELO, GD; QUEIROZ, CI; SANTOS, PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa*, 2010; 55(2): 67-70.

MIRANDA, AF; MONTENEGRO, FLB. O cirurgião-dentista como parte integrante de uma equipe multidisciplinar no atendimento aos idosos. *Rev Portal do Envelhecimento*, 2009; 31(3): 15-19.

WATANDO, A et al. Daily oral care and cough reflex sensitivity in elderly nursing home patients. *Chest*. 2004; 126: 1066-1070.

SALLUM, AW; MARTINS, AG; SALLUM, EA - A Doença Periodontal e o Surgimento de um Novo Paradigma, em: Brunetti MC - *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004: 20-39.

GUSMÃO, ME; DOURADO, I; FIACCONE, RL. Nosocomial pneumonia in the intensive care unit of a Brazilian university hospital: an analysis of the time span from admission to disease onset. *Am J Infect Control*. 2004; 32(4): 209-14.

BERALDO, CC; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *J Bras Pneumo*, 2008; 34(9): 707-714

GARCIA, R. A review of the possible role of oral and dental colonization on the occurrence of health care-associated pneumonia: underappreciated risk and a call for interventions. *Am J Infect Control*. 2005; 33(9): 527-41.

SAFDAR, N; CRNICH, CJ; MAKI, DG. The pathogenesis of ventilator-associated pneumonia: its relevance to developing effective strategies for prevention. *Respir Care*, 2005; 50(6): 725-39.

SOH, KL; GHAZALLI, SS; SOH, KG; RAMAN, RA; ABDULLAH, SSS; ONG, SL. Oral care practice for the ventilated patients in intensive care units: a pilot survey. *J Infect Dev Ctries*, 2012; 6(4): 333-339.

*Data de recebimento: 18/01/2015; Data de aceite: 28/02/2015.*

---

**Carina Machado Orlandi da Veiga Jardim** - Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Católica de Brasília (UCB); Aluna do curso de Especialização em Implantodontia – ABO, Taguatinga, e Atualização em Odontologia em Terapia Intensiva – CEMOI, Brasília-DF. Email: [carina\\_veiga@hotmail.com](mailto:carina_veiga@hotmail.com)

**Renata Monteiro de Paula** - Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Católica de Brasília (UCB); Aluna do curso de Especialização em CTBMF – Centro Universitário do Norte Paulista (Unorp)

**Isabela Castro** - Cirurgiã-dentista; Professora do curso de Atualização em Odontologia em Terapia Intensiva – CEMOI, Brasília-DF; Mestre em Odontopediatria – UERJ; Especialista em Odontologia para Pacientes Especiais (USP-SP); Primeira secretária do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva (CBROHI)

**Cláudia Baiserredo** - Cirurgiã-dentista; Coordenadora e Professora do curso de Atualização em Odontologia em Terapia Intensiva – CEMOI, Brasília-DF; Mestre em Terapia Intensiva (SOBRATI); Presidente do Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva (CBROHI)

**Cynthia Gonçalves Barbosa de Castro Piau** - Cirurgiã-dentista; Professora do curso de Odontologia da UCB – Odontopediatria e Odontologia hospitalar; Aperfeiçoamento em Odontologia em Terapia intensiva – CEMOI, Brasília-DF; Doutoranda em Ciências da Saúde – UnB

**Fernando Luiz Brunetti Montenegro** - Mestre e Doutor pela USP - São Paulo; Coordenador do curso de especialização em Odontogeriatría na ABENO – SP; Autor do livro: *Odontogeriatría- uma visão gerontológica*, Editora Elsevier, 2013. Email: [fbrunetti@terra.com.br](mailto:fbrunetti@terra.com.br)

**Camila de Freitas** - Cirurgiã-dentista; Especialista em Prótese Dentária; Odontologia Hospitalar do Instituto de Neurologia de Goiânia e UTI do Hospital

Santa Maria - GO; Coordenadora do Curso de Odontologia em Terapia Intensiva da ABO Goiás.

**Alexandre Franco Miranda** - Cirurgião-dentista; Professor do curso de Odontologia da UCB – Coordenador das disciplinas de Odontologia para Pacientes Especiais e Odontogeriatrics; Especialista em Gerontologia pela SBGG; Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde – UnB. Email: [alexandrefmiranda@hotmail.com](mailto:alexandrefmiranda@hotmail.com)

**Endereço para correspondência**

Universidade Católica de Brasília (UCB) – Curso de Odontologia – Odontogeriatrics, Pacientes Especiais e Odontologia Hospitalar - Campus I – Bloco “S” - QS 07 – Lote 01 EPCT, Águas Claras – CEP: 71966-700 – Taguatinga/DF - (61) 3356-9612 e 8136-9896. Email: [alexandrefmiranda@hotmail.com](mailto:alexandrefmiranda@hotmail.com)