



**FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS  
GAMALIELCENTRO EDUCACIONAL E CULTURA DA AMAZONIA  
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

Paula Naendra Correa Rosa  
Sabrina Feitosa Miranda

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
COM DOENÇAS CRÔNICAS: REVISÃO DE LITERATURA**

**Tucuruí – PA  
2024**

Paula Naendra Correa Rosa

Sabrina Feitosa Miranda

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
COM DOENÇAS CRÔNICAS: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado a Faculdade De Teologia, Filosofia e Ciências Humanas - Gamaliel, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Manoel Cláudio de Almeida Junior

**Tucuruí – PA**

**2024**

## RESUMO

Considerando a saúde bucal como um fator importante e como componente da saúde em um aspecto mais amplo de qualidade de vida, a saúde bucal tem um impacto considerável na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Diabéticos têm um risco aumentado de desenvolver problemas bucais, tais como, cárie, gengivite, xerostomia (boca seca), doença periodontal, e infecções orais. O controle do nível de açúcar no sangue pode se tornar dificultoso e piorar os sintomas da diabetes em pessoas que apresentam doença periodontal. Além do que, pessoas com diabetes têm uma menor capacidade de combater infecções, o que pode ser um fator para complicações bucais mais graves. Pacientes com hipertensão também podem apresentar problemas bucais, como periodontite e gengivite. As Infecções severas que atacam as gengivas e depois os ossos que sustentam os dentes, têm risco aumentado para a pressão arterial e pode ser um fator para complicações cardiovasculares. O objetivo desse trabalho, foi avaliar os impactos na qualidade de vida relacionado a saúde bucal de pessoas com diabetes e hipertensão.

Palavra-chave: Doenças crônicas, Saúde bucal, Hipertensão, Diabetes.

## ABSTRACT

Considering oral health as an important factor and as a component of health in a broader aspect of quality of life, oral health has a considerable impact on the quality of life of patients with chronic diseases such as diabetes and hypertension. Diabetics have an increased risk of developing oral problems such as tooth decay, gingivitis, xerostomia (dry mouth), periodontal disease, and oral infections. Controlling blood sugar levels can become difficult and worsen diabetes symptoms in people with periodontal disease. Furthermore, people with diabetes have a reduced ability to fight infections, which can be a factor in more serious oral complications. Patients with hypertension may also experience oral problems, such as periodontitis and gingivitis. Severe infections that attack the gums and then the bones that support the teeth, have an increased risk for blood pressure and can be a factor in cardiovascular complications. The objective of this work was to evaluate the impacts on the quality of life related to the oral health of people with diabetes and hypertension.

Keywords: Chronic diseases, Oral health, Hypertension, Diabetes.

## 1 Sumário

2	INTRODUÇÃO.....	5
3	METODOLOGIA.....	7
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	8
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
6	REFERENCIAS.....	23
	APÊNDICE A – Carta de aceite da Revista FT.....	30

## 2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que, o predomínio de doenças crônicas como hipertensão e diabetes deve-se ao envelhecimento da população, a hereditariedade e a alimentação inadequada. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema comum na população brasileira, caracterizada como uma patologia assintomática referida pelo aumento anormal da pressão arterial (PA). A HAS pode ser classificada conforme estágios. O estágio I considera PA acima de 140 mmHg por 90 mmHg e abaixo de 160 mmHg por 100 mmHg, o estágio II acima de 160 mmHg por 100 mmHg e abaixo de 180 mmHg por 110 mmHg e estágio III a PA acima de 180 mmHg por 110 mmHg (FABRIS *et al.*, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, a diabetes mellitus é uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo. A insulina é um hormônio que tem a função de quebrar as moléculas de glicose (açúcar) transformando-a em energia para manutenção das células do nosso organismo. O diabetes pode causar o aumento da glicemia e as altas taxas podem levar a complicações no coração, nas artérias, nos olhos, nos rins e nos nervos. Em casos mais graves, o diabetes pode levar à morte. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com a doença, o que representa 6,9% da população nacional.

O conceito de que a saúde bucal interfere na saúde geral deve ser levado muito a sério, principalmente para os pacientes com diabetes. Nesse contexto, os diabéticos costumam desenvolver com mais frequência gengivite, cárie e infecções orais, além de perda óssea ao redor dos dentes. Isso acontece porque a circulação sanguínea fica prejudicada nessa área. Se a saúde bucal não estiver em dia, o controle do diabetes também é afetado. (CRO SP, 2022).

Em qualquer circunstância é fundamental compreender que a boca faz parte de um todo, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, à vista disso, as doenças bucais não se cessam necessariamente nela. Algumas medidas ajudam a evitar e a controlar essas doenças crônicas, e para que se mantenha a qualidade

de vida, é muito importante o controle das mesmas. Sendo assim, o presente trabalho consiste em uma revisão de literatura que discorre sobre estudos relacionados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão, objetivando ter uma maior compreensão sobre os fatores que são apresentados diante desses casos, bem como apresentar os cuidados regulares para que se mantenha uma boa saúde bucal e geral.

### **3 METODOLOGIA**

A metodologia empregada teve como base uma revisão de literatura, onde a busca ativa de informações usadas, foram dentro dos bancos de dados: Google Acadêmico, Scielo, ResearchGate, Brazilian Journal Of Health Review, Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Como critérios de inclusão foram usados artigos da língua portuguesa e inglesa que discorre sobre assuntos voltados para o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Não havendo restrição ao ano de publicação.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### Entendendo o Diabetes

A DM popularmente conhecida apenas como diabetes é uma doença metabólica caracterizada pela deficiência ou pela falta de produção de insulina pelo organismo humano. A insulina é um hormônio essencial produzido no pâncreas. Ela permite que a glicose da corrente sanguínea entre nas células onde ela é convertida em energia ou armazenada. A insulina é também essencial para o metabolismo da proteína e da gordura. Uma falta de insulina, ou a incapacidade das células de responder a ela, eleva os níveis de glicose no sangue (hiperglicemia), que é o indicador clínico da diabetes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2021).

No indivíduo normal, a concentração de glicose no sangue é rigorosamente controlada, estando entre 80 a 90mg/dL de sangue no indivíduo em jejum. Essa concentração aumenta para 120 a 140mg/dL durante a primeira hora, ou mais, após uma refeição, retornando aos níveis de controle habitualmente dentro de 2 horas (GUYTON; HALL, 2002). O diagnóstico do diabetes em adultos, com exceção das gestantes, baseia-se na demonstração de uma glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg/dL, ou glicemia de jejum em pelo menos duas ocasiões de 126mg/dL ou mais. O tratamento consiste em um programa de exercícios e dieta fixos, uso de agentes hipoglicemiantes orais e/ou insulino terapia (MC DERMOTT, 1997).

Foram definidas duas formas de diabetes, a partir da dependência de insulina pelo paciente: Tipo 1 e Tipo 2. Dos pacientes com diabetes, 90% possuem diabetes tipo 2, que normalmente se desenvolve a partir dos 40 anos. O diabetes tipo 1 ocorre em 10% dos diabéticos, que desenvolvem a doença antes de alcançar 25 anos de idade. Essa classificação não determina quem precisa ou não utilizar insulina, já que em pacientes com o tipo 2 que não conseguem compensar o metabolismo, ou seja, atingir os níveis aceitáveis de glicose, utilizando medicação hipoglicemiante oral, ou que apresentam diminuição da secreção endógena de insulina devido a um diabetes secundário a desordens auto-imunes que possam afetar o pâncreas, é necessário que se faça o uso de insulina (SONIS; FAZIO; FANG, 1996).

Os efeitos em longo prazo da diabetes incluem distúrbios macro e microvasculares, como a neuropatia, nefropatia e retinopatia, entre outras complicações como a hiperosmolar, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e declínio neurocognitivo (GENCO; BORGNAKKE, 2020). Além disso, pessoas com DM possuem um risco maior de desenvolver obesidade, catarata, disfunção erétil e doença hepática não gordurosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Observa-se uma constante da incidência de diabetes na saúde em todo o mundo. O aumento da população, envelhecimento, mudanças no estilo de vida, urbanização e diminuição da atividade física são os principais fatores que causam um aumento global na prevalência do diabetes (LATHA; VIJAYAKUMAR, 2019). Segundo os dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde (2022) em 2014, 8,5% acima de 18 anos e pessoas idosas tinham diabetes em todo o mundo. Em 2019 essa doença foi a causa direta de 1.5 milhão de mortes e 48% de todas as mortes devidas ao diabetes ocorreram antes dos 70 anos de idade. Entre 2000 e 2019, houve um aumento de 3% nas taxas de mortalidade padronizadas por idade devido ao diabetes. Em países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade por diabetes aumentou 13%.

### **Entendendo a Hipertensão**

A Hipertensão é definida clinicamente como um distúrbio de elevação da pressão sanguínea arterial em repouso. Existem alguns fatores de riscos que podem levar indivíduos a desenvolver algum grau de hipertensão, incluindo a idade, a raça negra, o sexo feminino e estilo de vida como o sedentarismo e a obesidade (COSTA et al., 2013). Na mesma linha, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É um importante problema de saúde pública no Brasil. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BOING *et al.*, 2007).

Para que o sangue circule no organismo, o coração precisa exercer pressão ao bombeá-lo. Ao executar essa tarefa, esse órgão se contrai, no momento chamado sístole, e joga uma grande quantidade de sangue para as artérias. Essa é a pressão

conhecida como pressão máxima ou sistólica (PAS). Quando o coração relaxa, a pressão dos vasos sanguíneos diminui; por isso é conhecida como pressão diastólica (PAD) ou mínima, (MENIN *et al.*, 2006). O diagnóstico é realizado através da constatação de valores elevados de PA (sistólica  $\geq$  140 mmHg e/ou diastólica  $\geq$  90 mmHg) em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. O nível de PA elevado em uma única aferição não é suficiente para o diagnóstico (SBC, 2010).

A mortalidade da doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial, sendo 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, a maioria em indivíduos entre 45 e 69 anos. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Em termos de prevalência, é a entidade clínica de maior representatividade no mundo, admitindo-se que cerca de 10% a 20% dos adultos sejam acometidos por essa doença, atingindo percentuais acima de 50% para pacientes idosos (CARNEVALI ARAÚJO e ARAGÃO ARAÚJO, 2001). No Brasil mais de 30% da população possui hipertensão, sendo a mais frequente das doenças crônicas (SBH, 2010).

Os determinantes da PA são o débito cardíaco e a resistência periférica e qualquer alteração em um ou outro, ou em ambos, interfere na manutenção dos níveis pressóricos normais. Vários mecanismos controlam a resistência periférica e o débito cardíaco: mecanismos cardíacos, renais, neurais, hormonais, iônicos, vasculares e estruturais, denominados como mecanismos fisiopatogênicos da HAS. Esses complexos mecanismos interagem e se equilibram, e são responsáveis pela manutenção da pressão arterial assim como pela sua variação momento a momento. Sabe-se que uma disfunção desses sistemas de controle da PA resulta na hipertensão, entretanto, a complexa interação entre esses sistemas fisiológicos, assim como as influências ambientais, como excesso de sal na dieta e estímulos psicoemocionais, dificultam determinar se as alterações encontradas em pacientes hipertensos são causadoras primárias da HAS ou consequência de outras disfunções ainda desconhecidas, (SCHAIRA, 2005).

Quanto à origem, a HAS pode ser primária ou secundária. Da hipertensão primária ou essencial não se consegue determinar a etiologia, sendo ela encontrada em cerca de 90% a 95% dos pacientes. Ela ocorre devido a alterações no sistema de controle da PA causadas pela interação de fatores genéticos com fatores ambientais, como excesso de sódio na dieta, fumo, obesidade e estresse. Os demais são portadores da hipertensão secundária que pode ser originária de outras patologias como estenose de artéria renal, feocromocitoma, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primário e também ao uso de drogas como álcool, contraceptivos orais, simpatomiméticos, corticosteróides, cocaína e outros, (SCHAIRA, 2005).

Enquanto algumas formas de hipertensão secundária podem ser tratadas e curadas cirurgicamente, o controle da hipertensão primária requer o uso prolongado de medicamentos, que podem afetar o tratamento dentário. Esses medicamentos podem ser de diferentes grupos farmacológicos, e os mais comuns usados no tratamento da HAS são os diuréticos, os betas bloqueadores seletivos e não seletivos, os antagonistas adrenérgicos de ação central, os bloqueadores de canais de cálcio, os bloqueadores alfa-adrenérgicos, os vasodilatadores, os antagonistas simpáticos de ação periférica e os inibidores da enzima conversora de angiotensina, (CARNEVALLI ARAÚJO e ARAGÃO ARAÚJO, 2001; ANDRADE, 2014)

### **Manifestações orais e complicações em pacientes com Diabetes**

As manifestações orais e complicações relacionadas à DM incluem boca seca (xerostomia), hipossalivação, candidíase oral, cárie dentária (incluindo cárie radicular), lesões periapicais, gengivite, doença periodontal, síndrome boca ardente (especialmente glossodinia), dificuldade de regeneração tecidual; alteração do paladar, eritema migratório benigno (língua geográfica), líquen plano oral (LPO) e estomatite aftosa recorrente (AHMAD et al., 2019; ROHANI et al., 2019; MILLER; OUANOUNOU, 2020; GUIMARÃES et al., 2022). A intensidade das complicações diabéticas geralmente é proporcional ao grau e à duração da hiperglicemia (ROHANI et al., 2019).

O diabetes mellitus afeta 17 em cada 1.000 pessoas entre os 25 e 44 anos, e 79 indivíduos a cada 1.000, em idade acima de 65 anos. Assim, aproximadamente 3 a

4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico são diabéticos (SONIS; FAZIO; FANG, 1996).

PUCCI (1939) afirmava que o diabetes, especialmente em crianças, estava associado à perda de cálcio pelo organismo, podendo levar à descalcificação óssea alveolar. Hoje sabe-se que, além dessa descalcificação, são muitas as afecções bucais que podem se manifestar nesses pacientes. MONTEIRO (2001) observou que há um aumento na excreção, e conseqüentemente da concentração, do íon cálcio na saliva de portadores de diabetes mellitus, sem que haja modificações nas concentrações dos íons sódio e potássio. Mudanças alimentares e a diminuição de açúcares na dieta, junto com o maior conteúdo de glicose e cálcio na saliva, favorece o aumento na quantidade de cálculos e de fatores irritantes nos tecidos, enquanto a atrofia alveolar difusa está aumentada nesses pacientes (SCHNEIDER; BERND; NURKIM, 1995).

De acordo com Guimarães *et al.*, (2022) a hipossalivação/xerostomia pode ser um efeito colateral causado por medicamentos hipoglicêmicos e hipotensores. Sendo importante relatar que a pressão arterial é uma comorbidade do diabetes, logo seu uso é considerado para o diagnóstico de hipossalivação/xerostomia.

Pacientes com controle inadequado do diabetes têm significativamente mais sangramento gengival e gengivite do que aqueles com controle moderado e bom, e de pacientes que não apresentam a doença. Os tecidos periodontais dos pacientes diabéticos tipo 2 quando comparados aos pacientes saudáveis apresentam: maior grau de vascularização, maior grau de espessamento de parede vascular, obliteração total e parcial de luz vascular, alterações vasculares nos tecidos gengivais, e estas parecem estar relacionadas ao caráter hiperinflamatório desses pacientes (BARCELLOS *et al.*, 2000; CASTRO *et al.*, 2000; LAUDA; SILVEIRA; GUIMARÃES, 1998; ROSA; SOUZA, 1996; SCHNEIDER; BERND; NURKIM, 1995).

São contraindicados os implantes osseointegrados nesses pacientes, pois a síntese de colágeno está prejudicada, principalmente em pacientes com diabetes tipo 1 e descompensados do tipo 2. Existe um impasse sobre a utilização do implante em pacientes tipo 2 compensados. LAUDA *et al.*, (1998) afirmam que são

contraindicados, já que o problema do diabetes não está na fase reparacional ou cirúrgica, e sim na formação e remodelação da interface.

Outra complicação comum no paciente diabético é comprometimento da regeneração oral dos tecidos moles e do processo de cura óssea. Pensa-se que isto seja resultado de vascularização retardada, fluxo sanguíneo reduzido, redução da produção do fator de crescimento, enfraquecimento da imunidade inata e do estresse psicológico (MILLER; OUANOUNOU, 2020). Pessoas com DM descontrolada (glicemia elevada) geralmente apresentam dificuldade de regeneração tecidual, ou seja, as lesões levam mais tempo para cicatrizar, afetando negativamente a realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos (GENCO; BORGNAKKE, 2020). De acordo com ROHANI *et al.* (2019) essa complicação é decorrente da vascularização retardada, baixa imunidade inata, redução do fluxo sanguíneo e de fatores de crescimento e estresse psicológico.

A cárie dentária é outra manifestação citada na literatura como sendo comum nesses pacientes, isso ocorre devido ao menor fluxo salivar causado pela xerostomia associado a higiene bucal reduzida e/ou falta de acompanhamento odontológico. Sendo assim, a cavidade oral torna-se um ambiente propício a proliferação de bactérias acidúricas e acidogênicas envolvidas no desenvolvimento de lesões cáries (GENCO; BORGNAKKE, 2020; SHENOY *et al.*, 2022).

A progressão da doença periodontal é maior em diabéticos que apresentam a doença há muito tempo, particularmente naqueles que demonstram complicações sistêmicas, e diabéticos com doença periodontal avançada sofrem mais com complicações do tipo abscessos que pacientes que não apresentam a doença (MANSON; ELEY, 1999).

A periodontite é uma patologia inflamatória associada ao biofilme disbiótico e compreende a destruição dos tecidos de sustentação do dente, do ligamento periodontal e do osso alveolar (AHMAD *et al.*, 2019). Segundo Lopes *et al.*, (2020) o indivíduo com DM tipo 2 possui o risco maior de desenvolver periodontite, pois acredita-se que no organismo dessa pessoa há uma resposta inflamatória mais persistente, relacionada a um processo osteoclástico prolongado, elevando as chances de perda de inserção periodontal e conseqüentemente perda dentária.

De acordo com Steffens *et al.*, (2022) a periodontite grave em pacientes diabéticos confere um risco maior de desenvolvimento de complicações renais, cardiovasculares, úlceras neuropáticas e retinopias em comparação a indivíduos com DM sem periodontite ou com casos leves ou moderados. Além disso, pessoas com DM com periodontite a partir da terceira década de vida apresentam maior perda de inserção e maior índice de dentes perdidos.

O grau de controle dos níveis glicêmicos, a duração da doença, alterações vasculares, alteração no metabolismo do colágeno, fatores genéticos (HLA – Complexo de Histocompatibilidade Humana) e a idade dos pacientes são fatores aparentemente correlacionados de maneira positiva com a severidade e prevalência da doença periodontal, independentemente do tipo de diabetes (SCHNEIDER; BERND; NURKIM, 1995; TRAMONTINA *et al.*, 1997).

### **Manifestações orais e complicações em pacientes com Hipertensão**

Com relação à saúde bucal, foram encontradas alterações salivares qualitativas em pacientes hipertensos quando comparados a hipertensos em uso de medicação para controle da HAS. Foi relatado valores menores de pH da saliva para estes pacientes, o que afeta diretamente no processo de desmineralização e remineralização do esmalte e dentina (KAGAWA *et al.*, 2013). Além disso, estudos têm mostrado condições desfavoráveis e maior risco de doença periodontal neste grupo de pacientes (HUJOEL *et al.*, 2000; HOLMLUND *et al.*, 2006; DESVARIEUX *et al.*, 2010; LOPES *et al.*, 2010; TSAKOS *et al.*, 2010; IWASHIMA *et al.*, 2014).

Conforme Gomes *et al.*, (2014) a HAS pode participar no desenvolvimento de doenças orais, a exemplo da doença periodontal, diminuição do fluxo salivar e da concentração de proteínas na saliva, além da deficiência na cicatrização do tecido ósseo.

Os medicamentos anti-hipertensivos reduzem o fluxo salivar em razão do seu mecanismo de ação, visto que podem inibir a recaptção de catecolaminas, reduzir a neurotransmissão adrenérgica ou diminuir a resposta ao estímulo simpático, acarretando em redução do estímulo excretor das glândulas salivares (KAIPER *et al.*, 2016). Desse modo, esses medicamentos atuam reduzindo o débito cardíaco e /

ou a resistência vascular sistêmica e podem causar reações orais (angioedema com alterações nos lábios, face, língua e paladar) e são perigosas as interações com antiinflamatórios não esteroidais (AINEs), devido à inibição da síntese renal da prostaglandina, tem o efeito de antagonizar os fármacos anti-hipertensivos (SURMA *et al.*, 2021).

A influência da periodontite no risco de hipertensão arterial tem sido objeto de muitos estudos clínicos. Assim, Surma *et al.*, (2021) se propuseram a correlacionar a HAS e a periodontite como um fator hipertensivo. Visto que a ocorrência de periodontite, especialmente de intensidade severa, está associada a um risco aumentado de hipertensão arterial. Por isso, os autores concluíram que a periodontite pode acarretar no aumento da PA e dependendo da gravidade da doença, pode aumentar o risco de desenvolver cardiopatias.

É bem conhecido que a HAS e periodontite compartilham fatores de risco comuns, como o tabagismo, estresse, avançar da idade, e fatores socioeconômicos. Esses fatores de risco podem confundir a associação entre hipertensão e periodontite. Entretanto, de acordo com a American Heart Association (AHA), estudos observacionais apoiam uma associação entre a doença periodontal e doença cardiovascular, independente de fatores de risco comuns (LOCKHART *et al.*, 2012; LEONG *et al.*, 2014).

Leong *et al.*, (2014) revisaram a literatura sobre possíveis mecanismos para explicar esta associação. A inflamação, a infecção bacteriana e o estresse oxidativo gerado pela doença periodontal poderiam contribuir para uma disfunção endotelial, o que elevaria a PA., no entanto, ainda não há comprovação que indique uma relação causal. Yancey (2018) ainda complementa ao citar outras manifestações, como: alterações no paladar, estomatite, sangramento gengival, inflamação na garganta, dores na articulação temporomandibular, glossite, inflamação das glândulas salivares, língua escurecida, hiperplasia gengival e angioedema de face.

### **Manejo odontológico com o paciente diabético**

De acordo com Lopes *et al.*, (2021) o CD deve ter conhecimento adequado para que a prevenção, diagnóstico e tratamento sejam realizados em tempo hábil. Logo, o CD deve coletar informações recentes sobre os níveis de glicose, as práticas de monitoramento, frequência dos testes de HbA1C (exame de hemoglobina glicada) e também acerca dos episódios de hipo ou hiperglicemia (MILLER; OUANOUNOU, 2020). Ao exame intraoral, é importante que o CD verifique se o paciente apresenta manifestações bucais da DM como cárie dental, xerostomia, doença periodontal, entre outras. Se o paciente estiver com os níveis glicêmicos compensados não é necessário a realização de um tratamento diferencial. Já os pacientes com a DM descompensada não devem ser submetidos a uma terapia odontológica eletiva, portanto, devem ser tratados em conformidade com as limitações que apresentem (ALMADA; PINHEIRO, 2020).

Em relação aos medicamentos, o CD deve ter conhecimentos sobre as interações medicamentosas, pois alguns podem potencializar os efeitos de agentes hipoglicêmicos orais (MILLER; OUANOUNOU, 2020). Segundo Almada *et al.*, (2020) em indivíduos com DM descompensada recomenda-se o emprego da solução anestésica que contenha felipressina, como a prilocaína 3% (vasoconstritor hormonal). Já em indivíduos com DM sob controle, o uso de anestésico com vasoconstritor adrenérgico é permitido.

A terapia periodontal reduz as necessidades de administração de insulina pelo diabético. Os procedimentos dentários cirúrgicos causam bacteremias em mais de 80% dos pacientes, e o tratamento periodontal, quando precedido da administração sistêmica de antibióticos, melhora o controle metabólico dos pacientes. Estes pacientes requerem vigilância particular durante o tratamento de infecções odontogênicas. A amoxicilina é o antibiótico de escolha. No caso de infecção dental aguda em pacientes diabéticos não controlados, a utilização do antibiótico deverá se iniciar antes do procedimento invasivo e continuar por vários dias após a drenagem e o controle primário. Para os pacientes com bom controle metabólico, os riscos são semelhantes àqueles que correm os pacientes normais e o antibiótico terá as mesmas indicações para ambos. Contudo, um enfoque terapêutico inicial deve ser direcionado para a prevenção do início da doença periodontal em pacientes diabéticos. Os antibióticos não devem ser usados como rotina no tratamento periodontal de pacientes

diabéticos, mas podem ser administrados na presença de infecções e associados aos procedimentos periodontais invasivos com a finalidade de minimizar as complicações pós-operatórias. O uso de clorexidina como agente anti-placa mostrou-se efetivo como coadjuvante no tratamento periodontal de pacientes diabéticos (CASTRO et al., 2000; GREGHI et al., 2002; PILATTI; TOLEDO; EL GUINDY, 1995).

Uma emergência comum durante o atendimento odontológico nesses pacientes é a hipoglicemia, situação em que a glicemia no sangue cai abaixo de 45 mg%, acompanhado de sinais e sintomas que, quando reconhecidos, devem ser imediatamente tratados, fazendo-se com que o paciente ingira açúcar puro, água com açúcar, balas, chocolate, etc. Os sinais e sintomas podem ser de dois tipos básicos: Sintomas adrenérgicos e Sintomas neuroglicopênicos. No caso de perda de consciência, a administração de 2cc de glicose a 20% IV geralmente reverte o quadro (GREGORI; COSTA; CAMPOS, 1999).

Em quadros de dor de leve a moderada nos período pós-operatório, é recomenda-se o uso de analgésicos simples, como dipirona, mas com cautela, pois age como um discreto hiperglicemiante. A associação entre anti-inflamatório e antibiótico é comum na prática odontológica, sendo que a penicilina e cefalosporinas, são os mais prescritos. Já o anti-inflamatório mais indicado é o diclofenaco e benzidamina (ALMADA; PINHEIRO, 2020).

O manejo odontológico de pacientes com DM requer atenção especial quanto ao planejamento e ao seu tratamento, especialmente ao que tange o pós-tratamento. Sendo fundamental a coordenação proativa dos cuidados com o médico que acompanha o paciente a fim de assegurar um controle glicêmico adequado, para que ocorra o sucesso terapêutico a longo prazo (GENCO; BORGNACKE, 2020).

### **Manejo odontológico com o paciente hipertenso**

Antes de iniciar qualquer tratamento odontológico o cirurgião-dentista deve determinar se o paciente pode tolerar o procedimento dentário planejado com segurança relativa. Essa segurança deve ser obtida através de uma anamnese completa na primeira consulta e na atualização das informações pelo menos a cada 6 meses ou sempre

que o paciente deixe de ir ao consultório por um período prolongado, (MALAMED, 2013).

Após a anamnese, o cirurgião-dentista deve realizar o exame físico do paciente, incluindo a ausculta cardíaca e pulmonar. Recomenda-se realizar em pacientes odontológicos, a inspeção visual que pode fornecer informações úteis sobre a condição clínica do paciente, bem como o registro dos sinais vitais. Há seis sinais vitais: pressão arterial, frequência (pulso) e ritmo cardíacos, frequência respiratória, temperatura, altura e peso. Os sinais vitais devem ser registrados na ficha odontológica do paciente. Em um exame mínimo, recomenda-se que a PA e a frequência e ritmo cardíacos sejam monitorizados em todos os pacientes em tratamento odontológico, (INDRIAGO, 2007).

Segundo Andrade *et al.*, (2021) ao tratar-se do ambiente odontológico, é primordial que prévio a qualquer procedimento o CD deva conhecer cada detalhe de saúde e hábitos do paciente. Assim, uma das formas de classificá-lo quanto ao estado físico e risco é por meio do ASA, esta classificação foi conduzida pela Sociedade Americana de Anestesiologia. Por conseguinte, em pacientes classificados como ASA I (pacientes saudáveis) e ASA II (pacientes com comorbidades sistêmicas leves) o atendimento pode ser feito em nível ambulatorial, contudo a partir do ASA III que apresenta alterações sistêmicas graves o atendimento deve ser feito em nível hospitalar.

É recomendado que a PA esteja controlada previamente ao procedimento odontológico. Não obstante, outros fatores também estão envolvidos, como a idade avançada, menor capacidade funcional e histórico de acidente vascular encefálico. Conforme Guimarães *et al.*, (2017) os pacientes com a PA menor que 150/99 mmHg podem receber os tratamentos odontológicos normalmente, em virtude do menor risco. Southerland *et al.*, (2016) contrapõem-se ao citar que para valores até 180/110 mmHg, é possível realizar procedimentos de forma segura sem encaminhar ao médico responsável.

Menciona-se que a maioria dos procedimentos odontológicos necessitam de uma analgesia, esta é possível através de anestésicos locais (AL). Os AL utilizados na

odontologia atualmente são do grupo amida e éster, com maior prevalência do grupo amida. Contudo, uma substância que é comumente associada aos AL são os vasoconstritores (VS), estes possibilitam um maior período de anestesia e reduzem os riscos de toxicidade, pois minimizam a necessidade de grandes injeções de AL. Além do mais, os VS produzem hemostasia local, fator importante em paciente com HAS, já que estes tendem a ter um maior sangramento local em procedimentos cirúrgicos (RODRIGUES *et al.*, 2017).

O uso de anestésicos locais com vasoconstritores não é contraindicado, desde que não sejam administrados mais de dois tubetes por atendimento clínico. Os anestésicos que possuam como vasoconstritores a norepinefrina e a levonordefrina devem ser evitados em pacientes hipertensos, pelo aumento significativo da pressão arterial que estas drogas causam (INDRIAGO, 2007, SANTOS *et al.*, 2009).

O cirurgião-dentista também deve ficar atento ao prescrever anti-inflamatórios aos pacientes hipertensos, uma vez que estes medicamentos podem interferir no mecanismo de ação das drogas anti-hipertensivas. O uso de anti-inflamatórios seletivos para COX-2 é um exemplo disso, já que esse fármaco pode diminuir o efeito natriurético da classe furosemida. A utilização de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) também pode diminuir a ação anti-hipertensiva dos betabloqueadores (propranolol) e inibidores da enzima conversora de angiotensina (captopril) e ainda diuréticos (furosemida) (LESLIE, LUIS, 2010, CARVALHO, BORGATTO, LOPES, 2010). No caso de pacientes com hipertensão, ainda que controlada, a expectativa de dor leve ou moderada pode ser tratada com AINEs do tipo paracetamol ou dipirona, por até 24 horas. Quando a expectativa de dor for de moderada a intensa pode-se prescrever AINEs do tipo diclofenaco de potássico ou naproxeno, por até 4 dias. De qualquer modo, é preciso discutir o caso com o cardiologista do paciente (TERRA, 2008).

### **Saúde e qualidade de vida**

A definição de saúde vem sendo trabalhada ao longo do tempo. Existem, de forma simplificada, três formas de definir saúde, sendo esta como (I) ausência de doença, (II) bem-estar ou (III) valor social. A saúde como ausência de doença é um conceito

intrínseco no senso comum da população, provavelmente devido à prática biomédica hegemônica, em que o paciente só procura o serviço de saúde na presença de doença. Em 1948, a OMS propõe que saúde seja não apenas a ausência de doença, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social. Porém, esta definição recebe críticas por fazer dissociação entre os aspectos físico, mental e social e estabelecer saúde como algo praticamente inatingível. A definição mais contemporânea e ampla, a saúde é entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Imbuído dessa noção ampla de saúde, é um tanto desconfortável se pensar em Saúde Bucal ou Saúde Mental, por exemplo. É evidente que não se podem ter recortes de saúde e neste sentido autores defendem que o conceito de saúde bucal é uma abstração útil e se configura como uma designação didática, pois não pode subsistir como saúde parcial, sendo um termo que serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde (CHAVES, 1986).

Tornou-se imperioso que as medidas para a avaliação de saúde incorporassem dimensões não apenas clínicas, mas também sociais e psicológicas. Assim, a OMS (1998) desenvolveu um instrumento com a finalidade de avaliar a qualidade de vida sob perspectiva transcultural em âmbito internacional com cem questões nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. O instrumento foi denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL100), sendo em seguida adaptado para uma versão reduzida, o WHOQOL-BREF. Os instrumentos são genéricos. Entretanto, existem também os indicadores específicos de qualidade de vida relacionados à saúde que consideram o impacto de condições definidas, como por exemplo, os problemas que acometem a cavidade bucal (CASTRO *et al.*, 2007).

A saúde bucal historicamente vem sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos. Sheiham *et al.*, (2000) defendem que a inclusão de parâmetros de avaliação do impacto social das doenças bucais é essencial na definição de necessidade de tratamento e no desenho de políticas públicas. Só assim é possível definir os problemas que efetivamente afetam a qualidade de vida do

indivíduo e dificultam o seu desempenho normal de atividades diárias e relacionamento interpessoal.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da literatura consultada, concluímos que a saúde bucal precária pode impactar negativamente na qualidade de vida de pacientes diabéticos e hipertensos, devido a vulnerabilidade aumentada a problemas bucais, uma vez que nesses pacientes existe uma maior prevalência de xerostomia, cárie, gengivite, periodontite, doença periodontais, entre outras. Além disso, a influência medicamentosa na odontologia em pacientes diabéticos e hipertensos, é uma questão importante a ser considerada, já que essas condições de saúde podem afetar o tratamento odontológico e a resposta do paciente aos procedimentos dentários. Portanto, é essencial que pacientes com doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão, mantenham uma boa higienização bucal, e visitem regularmente o dentista para que ele possa adaptar o tratamento de acordo com as necessidades específicas do paciente, evitando complicações e orientando-o para uma melhora na sua qualidade de vida.

## 6 REFERENCIAS

AHMAD, P.; AKHTAR, U.; CHAUDHRY, A.; RAHID, U.; SAIF, S.; ASIF, J.A. Repercussions of diabetes mellitus on the oral cavity. **European Journal of General Dentistry**, v. 8, p. 55-62, 2019.

ALMADA, T.S; PINHEIRO, G.L. Protocolo clínico para o atendimento o de pacientes diabéticos. **CRORJ**, v. 37, n. 2, p. 1, 2020.

ANDRADE, Juliana Santana et al. Protocolo de atendimento odontológico em pacientes com múltiplas desordens sistêmicas: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5940-e5940, 2021.

BARCELLOS, I. F.; et al. Conduta odontológica em paciente diabético. **R. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 6, p. 407410, nov./dez. 2000.

BOING, Alexandra Crispim; BOING, Antonio Fernando. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev bras hipertens**, v. 14, n. 2, p. 84-8, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CARNEVALLI ARAÚJO E ARAGÃO ARAÚJO. **Etiopatogenia da hipertensão arterial, riscos e condutas preventivas a serem empregadas no atendimento odontológico a pacientes hipertensos**. Belém- Pará, 2001, p 4-25.

CARVALHO, Valéria Abrantes Pinheiro; BORGATTO, Adriano Ferreti; LOPES, Luciane Cruz. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas de São José dos Campos sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 1773-1782, 2010.

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2275-2284, Out. 2007.

CASTRO, Marcos Vinicius Moreira et al. Atendimento clínico conjunto entre o periodontista e o médico. Parte I: diabetes e doenças isquêmicas. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 9, n. 28, 2000.

CHAVES, M. **Odontologia social**. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

CRO SP, **O papel da saúde bucal no controle do diabetes**, 2022. Disponível em: <https://crops.org.br/noticia/o-papel-da-saude-bucal-no-controle-do-diabetes/#:~:text=Os%20diab%C3%A9ticos%20costumam%20desenvolver%20com,do%20diabetes%20tamb%C3%A9m%20%C3%A9%20afetado>. Acesso em: 12 de Março de 2024.

DA COSTA, ANDERSON NICOLLY FERNANDES et al. Conduta odontológica em pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 287-292, 2013.

DE ANDRADE, Eduardo Dias. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. Artes Médicas Editora, 2014.

DESVARIEUX, M. et al. Periodontal Bacteria And Hypertension: The Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). **J Hypertens**, v.28, n.7, p.1413–1421, 2010.

FABRIS, V. A. *et al.* Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. **Journal of Oral Investigations**, v. 7, n. 1, p. 33-51, 2018.

GENCO, Robert J.; BORGNAKKE, Wenche S. Diabetes as a potential risk for periodontitis: association studies. **Periodontology 2000**, v. 83, n. 1, p. 40-45, 2020.

GOMES-FILHO, J. E et al. Influência da hipertensão em infecções bucais e no tratamento endodôntico. **Dent. Press Endod**, v. 4, n. 1, p. 21-25, 2014.

GREGHI, Sebastião Luiz Aguiar et al. Relação entre diabetes mellitus e doença periodontal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, p. 265-269, 2002.

GREGORI, C.; COSTA, A. A.; CAMPOS, A. C. O paciente com diabetes melito. **RPG, São Paulo**, v. 6, n. 2, p. 166-174, abr./jun. 1999.

GUIMARAES, Caio Chaves et al. Local anaesthetics combined with vasoconstrictors in patients with cardiovascular disease undergoing dental procedures: systematic review and meta-analysis protocol. **BMJ open**, v. 7, n. 11, p. e014611, 2017.

GUIMARÃES, M.C.P.; BARRETO, F.V.N.; REZENDE, A.A.C.; PEIXOTO, B.C. Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 8628-47, 2022.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E.; MORENO, Ma José. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.

HOLMLUND, A.; HOLM, G.; LIND, L. Severity of Periodontal Disease and Number of Remaining Teeth Are Related to the Prevalence of Myocardial Infarction and Hypertension in a Study Based on 4,254 Subjects. **J Periodontol**, v.77, n.7, 2006.

HUJOEL, P. P. et al. Periodontal disease and coronary heart disease risk. **JAMA**, v.284, n.11, 2000.

INDRIAGO AJAA. Manejo odontologico del pacientehipertenso. **Acta Odontol Venezoel**, 45(1):1-8, 2007.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATIONATLAS. 10th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.

IWASHIMA, Y. et al. Additive Interaction of Oral Health Disorders on Risk of Hypertension in a Japanese Urban Population: The Suita Study. **American J Hypertension**, v.27, n.5, 2014.

KAGAWA, R. et al. Influence of hypertension on pH of saliva in older adults. **Oral Diseases**, v.19, p.525-529, 2013.

KAIPER, J.L. et al. Anti-hipertensivos Ramipril e Nitrendipina: importância e influência na rotina clínica odontológica. **Ação Odonto**, n. 2, 2016.

LATHA, S.; VIJAYAKUMAR, R. The facts about diabetes mellitus-a review. Galore **International Journal of Health Sciences and Research**, v.4, n. 2, p. 64-75, 2019.

LAUDA, P. A.; SILVEIRA, B. L.; GUIMARãES, M. B. Manejo odontológico do paciente diabético. **J. Bras. Odontol. Clín.**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 81-87, maio/jun. 1998.

LEONG, X. F. et al. Association between Hypertension and Periodontitis: Possible Mechanisms. **The Scientific World Journal**, v.1, n.1, 2014.

LESLIE AD, LUIS JN. Manejo odontológico del paciente con hipertensión arterial. **Rev Cient Cienc Salud Virtual**, 2(1):87-100, 2010.

LOCKHART, P. B. et al. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the american heart association," **Circulation**, v.125, n.20, p. 2520-2544, 2012.

LOPES, A. C. B. A.; CABRERA, M. A. S. Saúde bucal em usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos na atenção primária à saúde. **Rev Esp Saúde**, Londrina, v.11, n.2, p.39-47, Jun, 2010.

MALAMED F.; **Manual de anestesia local- farmacologia dos anestésicos locais e farmacologia dos vasoconstritores**. 6a Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2013, p27-54.

MANSON, J. D.; ELEY, B. M. **Manual de periodontia**. 3. ed. São Paulo: Librería Santos, p. 73-74, 1999

MC DERMOTT, M. T. **Segredos em Endocrinologia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 16-42, 1997.

MENIN, Cristiane et al. Avaliação de pacientes hipertensos na Clínica de Cirurgia do Terceiro Ano do Curso de Odontologia do Cesumar. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 8, n. 2, p. 147-156, 2006.

MILLER, A.; OUANOUNOU, A. Diagnosis, management, and dental considerations for the diabetic patient. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 86, n. 8, p. 1-6, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Diabetes mellitus, gov**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes> . Acesso em: 12 de Março de 2024.

MONTEIRO, A. M. D. **Doença periodontal e diabetes mellitus tipo 2: uma correlação em discussão**. 124f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

PILATTI, G. L.; TOLEDO, B. E. C.; EL GUINDY, M. M. Diabetes mellitus e doença periodontal. **R. ABO**, v. 3, n. 5, p. 324-327, out./nov. 1995.

PUCCI, F. M. **Paradencio, Patología y Tratamiento**. Montevideu: Médica J. Garcia Morales, p. 190, 1939.

RODRIGUES, C.S. et al. Avaliação da variação da pressão arterial em pacientes submetidos a tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 196-202, 2017.

ROHANI, B. Oral manifestations in patients with diabetes mellitus. **World Journal of Diabetes**, v. 10, n. 9, p. 485-489, 2019.

ROSA, E. L. S.; SOUZA, J. G.. **Abscesso dentofacial agudo: em um paciente com Diabetes Mellitus**. RGO, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 95-96, mar./abr. 1996.

SANTOS, Thiago de Santana et al. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico: [revisão]. **Odontol. clín.-cient**, p. 105-109, 2009.

SCHAIRA V. R. L. **Avaliação de parâmetros cardiovasculares em pacientes hipertensos submetidos a tratamento odontológico sob anestesia com vasoconstritor**. Piracicaba, 2005.

SCHNEIDER, M.; BERND, G.; NURKIM, N. L.. Diabetes Mellitus e suas manifestações sobre o periodonto: uma revisão bibliográfica. **R. Odonto Ciênc.**, Porto Alegre, v. 10, n. 20, p. 89-98, dez. 1995.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Livraria Santos Editora; p. 223-250, 2000.

SHENOY, M.; ADBUL, N.S.; SINGH, P.; SHIVAKUMAR, G.C., SAHANA, S. Evaluation of relationship between dental caries, diabetes mellitus and oral microbiota in diabetics. **Journal of Positive School Psychology**, v. 6, n.4, p. 9141-8, 2022

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.1, p.1-51, 2010.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e prática de medicina oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 491p.

SOUTHERLAND, Janet H. et al. Dental management in patients with hypertension: challenges and solutions. **Clinical, cosmetic and investigational dentistry**, p. 111-120, 2016.

STEFFENS. J.P., FOGACCI, M.F.; BARCELLOS, C.R.G.; OLIVEIRA, C.S.S.; MARQUES, F.V.; CUSTÓDIO, JR et al. Manejo clínico da inter-relação diabetes e periodontite: diretrizes conjuntas da Sociedade Brasileira de Periodontologia (SOBRAPE) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). **Brazilian Journal of Periodontology**, v. 32, n. 1, p. 90-113, 2022.

SURMA, S. et al. Periodontitis, Blood Pressure, and the Risk and Control of Arterial Hypertension: Epidemiological, Clinical, and Pathophysiological Aspects—Review of the Literature and Clinical Trials. **Current Hypertension Reports**, v. 23, n. 5, p. 114, 2021.

TSAKOS, G. et al. Is periodontal inflammation associated with raised blood pressure? Evidence from a National US survey. **J Hypertens**, v.28, p.2386–2393, 2010.


TERRA, RENATO NOGUEIRA. Procedimentos odontológicos frente ao paciente com hipertensão arterial sistêmica. **São José dos Campos**, 2008.

TRAMONTINA, R. G.; et al. **Diabetes: um fator de risco para doença periodontal**. Quando?. RGO, Porto Alegre, v. 45, n. 1, p. 50-54, jan./fev. 1997.


VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Classification of diabetes mellitus**. 2019.

## APÊNDICE A – Carta de aceite da Revista FT




**Revista ft** ISSN 1678-0817 Qualis B2

**doi** Crossref 

Certificamos que o artigo  
**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS: REVISÃO DE  
LITERATURA.**

de autoria de  
**Paula Naendra Correa Rosa; Sabrina Feitosa Miranda; Luanda  
Larissa Campos Nunes; Thiely da Silva Cazuzza; Manoel Cláudio  
de Almeida Junior; Vânia de Cássia Souza da Silva; Mauro  
Andrey dos Santos Rodrigues.**

foi publicado na **Revistaft** em 06/04/2024  
**ISSN:** 1678-0817 - Volume 28 - Edição 133 - Págs.37 e 38  
**DOI:** <https://www.doi.org/> **Registro** 10.5281/zenodo.10937537

  
**Dr. Oston Mendes**  
Editor

---

**Revista ft** | <https://www.revistaft.com.br>  
**ISSN:** 1678-0817 | **CNPJ:** 48.728.404/0001-22  
R. José Linhares, 134 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ

