



Protocolo de Atenção à Saúde

Odontologia Hospitalar

Área(s): Odontologia.

Portaria SES-DF Nº 279 de 14 de junho de 2024, publicada no DODF Nº 114 de 18/06/24.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e Protocolos da SES/DF.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Cirurgião Dentista, odontologia, hospital, odontologia hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva, pneumonia nosocomial, bactérias, biofilme, saúde bucal.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 2000 a 2019, totalizando 15 textos.

2- Introdução

A Odontologia Hospitalar (OH) é uma especialidade odontológica que compreende um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças bucofaciais, manifestações bucais de origem sistêmicas ou de sequelas de seus respectivos tratamentos, em pacientes em ambiente hospitalar (internados ou não) ou em assistência domiciliar, inseridas no contexto de atuação da equipe multiprofissional, visando à manutenção da saúde bucal e melhoria da qualidade de vida.

A OH foi legitimada no Brasil em 2004, com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar. Em 2008, no Rio de Janeiro, foi decretada a Lei nº 2276/2008 que

obriga a presença do Cirurgião Dentista (CD) nas equipes multiprofissionais dos hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). No Distrito Federal (DF) em 09/12/2016 entrou em vigor a Lei Distrital nº 5744/2016 que assegura a todos os usuários dos serviços públicos, no âmbito da rede pública de saúde distrital onde haja internação de pacientes, o direito de ter o atendimento de profissional de odontologia em atuação conjunta com o corpo clínico de médicos, quando necessário.

No ambiente hospitalar, o paciente internado deve ser monitorado e os CDs têm o papel fundamental na avaliação da saúde bucal, reforçando a ideia de que essas avaliações são essenciais para os cuidados da saúde sistêmica e no atendimento do paciente como um todo, pois diversas manifestações na cavidade bucal podem surgir a partir de condições sistêmicas, como diabetes, uso de medicamentos como bisfosfonatos (associados à osteonecrose de maxila e mandíbula), quimio e radioterápicos. Por outro lado, as enfermidades sistêmicas também podem surgir a partir de condições bucais, como por exemplo na doença periodontal, devido à grande variedade de espécies bacterianas presentes no biofilme.

A pneumonia nosocomial é a segunda causa de infecção hospitalar e a responsável por taxas significativas de morbidade e mortalidade em pacientes de todas as idades. Engloba de 10 a 15% das infecções hospitalares, sendo que de 20 a 50% dos pacientes afetados por esse tipo de pneumonia falecem^{1,2}. A impossibilidade do autocuidado favorece a precariedade da higienização bucal, acarretando o desequilíbrio da microbiota residente, com consequente aumento da possibilidade de aquisição de diversas doenças infecciosas, comprometendo a saúde do paciente. Os pacientes mais vulneráveis a essa infecção são os internados em UTIs, em especial os que estão sob ventilação mecânica (VM), pois o reflexo da tosse, expectoração e as barreiras imunológicas estão deficientes³. Vários agravos, como cárie dental, doença periodontal, endocardite, pneumonia, dentre outros, têm sido associados aos microrganismos da boca. As infecções nosocomiais, portanto, além de causar números significativos de óbitos, provocam impacto expressivo nos custos hospitalares, podendo atuar como fator secundário complicador prorrogando, em média de 7 a 9 dias a hospitalização. O risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial é de 10 a 20 vezes maior na unidade de terapia intensiva, sendo que o seu desenvolvimento em pacientes com ventilação mecânica e/ou umidificador varia de 7% a 40%³.

3- Justificativa

Construir um protocolo de odontologia hospitalar tem como objetivo padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento odontológico de pacientes em âmbito hospitalar (internados ou não) e orientar os profissionais da rede acerca de conduta e tratamento das demandas odontológicas mais comuns nos hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF).

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Considerando que a maioria das doenças que são abrangidas nos grupos listados abaixo consta neste protocolo, não iremos citá-las detalhadamente. Foram selecionados os CIDs de maior impacto e relevância para a saúde sistêmica, diante disso a lista abaixo não se exaure.

K00 Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes

K00.0 Anodontia, hipodontia, oligodontia

K00.1 Dentes supranumerários, dentes suplementares, distomolar, mesiodens, paramolar, quarto molar.

K00.2 Anomalias do tamanho e da forma dos dentes: concrecência, fusão dentária e geminação "*dens in dente*"

K00.3 Dentes manchados, esmalte manchado, fluorose dentária, manchas do esmalte não associadas à fluorose

K00.4 Distúrbios na formação dos dentes

K00.5 Anomalias hereditárias da estrutura dentária não classificadas em outra parte: amelogênese, dentinogênese imperfeita, odontogênese, dente em concha, displasia da dentina.

K00.6 Distúrbios da erupção dentária

K00.7 Síndrome da erupção dentária

K00.8 Outros distúrbios do desenvolvimento dos dentes

K00.9 Distúrbio não especificado do desenvolvimento dentário

K02 Cárie dentária

K02.0 Cáries limitadas ao esmalte

K02.1 Cáries da dentina

K02.2 Cárie do cimento

K02.3 Cáries dentárias estáveis

K02.4 Odontoclasia

K02.8 Outras cáries dentárias

K02.9 Cárie dentária, sem outra especificação

K03 Outras doenças dos tecidos dentários duros

K03.0 Atrito dentário excessivo

K03.1 Abrasão dentária

K03.2 Erosão dentária

K03.3 Reabsorção patológica dos dentes, granuloma interno da polpa, Reabsorção dentária (externa)

K04 Doenças da polpa e dos tecidos periapicais

K04.0 Pulpite, abscesso da polpa, pólipos, pulpites aguda, pulpites crônicas (hiperplásica) (ulcerativa), pulpites supurativas

K04.1 Necrose da polpa, gangrena da polpa

K04.2 Degeneração da polpa, calcificação da polpa dentária, cálculos, dentículos

K04.3 Formação anormal de tecidos duros na polpa, dentina secundária ou irregular

K04.4 Periodontite apical aguda de origem pulpar, periodontite apical aguda SOE

K04.5 Periodontite apical crônica, granuloma apical ou periapical, periodontite apical SOE

K04.6 Abscesso periapical com fístula, abscesso com fístula: dentário, dentoalveolar

K04.7 Abscesso periapical sem fístula, abscesso: dentário, dentoalveolar, SOE, periapical

K04.8 Cisto radicular

K04.9 Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas

K05 Gengivite e doenças periodontais

K05.0 Gengivite aguda

K05.1 Gengivite crônica

K05.2 Periodontite aguda

K05.3 Periodontite crônica, pericoronite crônica

K05.4 Periodontose, periodontose juvenil

K07 Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)

K07.0 Anomalias importantes (major) do tamanho da mandíbula, hiperplasia, hipoplasia: mandibular, maxilar, macrognatismo (mandibular/maxilar), micrognatismo (mandibular/maxilar)

K07.1 Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio, assimetria da mandíbula, prognatismo (mandibular/maxilar), retrognatismo (mandibular/maxilar)

K07.6 Transtornos da articulação temporomandibular, desarranjo da articulação temporomandibular, mandíbula estalante, síndrome ou complexo de Costen, síndrome da dor e disfunção da articulação temporomandibular

K08 Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação

K08.3 Raiz dentária retida

K09 Cistos da região bucal não classificados em outra parte

K09.0 Cistos odontogênicos de desenvolvimento, ceratocisto

K09.1 Cistos de desenvolvimento (não-odontogênicos) da região bucal

K09.2 Outros cistos das mandíbulas, cisto da mandíbula:SOE, aneurismático, hemorrágico, traumático

K10 Outras doenças dos maxilares

K10.0 Transtornos do desenvolvimento dos maxilares

K10.1 Granuloma central de células gigantes

K10.2 Afecções inflamatórias dos maxilares, osteíte, osteomielite (neonatal), maxilar (aguda/crônica/supurativa), osteorradionecrose, periostite, sequestro ósseo

K10.3 Alveolite maxilar, alvéolo seco, osteíte alveolar

K10.8 Outras doenças especificadas dos maxilares, displasia fibrosa maxilar, exostose, hiperplasia condilar unilateral, hipoplasia, querubismo

K11 Doenças das glândulas salivares

K11.3 Abscesso de glândula salivar

K11.4 Fístula de glândula salivar

K11.5 Sialolitíase, cálculo de glândula ou canal salivar, pedra i

K11.7 Alterações da secreção salivar, hipoptialismo, ptialismo, xerostomia

K12 Estomatite e lesões correlatas

K12.0 Aftas bucais recidivantes, aftose de Bednar

K12.1 Outras formas de estomatite

K12.2 Celulite e abscesso da boca, abscesso submandibular

K13 Outras doenças do lábio e da mucosa oral

K13.0 Doenças dos lábios, Perlèche NCOP

K13.1 Mordedura da mucosa das bochechas e dos lábios

K13.2 Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua, eritroplasia do epitélio oral, inclusive da língua, leucoedema, leucoceratose do palato causada pela nicotina

K13.3 Leucoplasia pilosa

K14 Doenças da língua

K14.0 Glossite, abscesso da língua, ulceração (traumática)

B37 Candidíase (inclui monilíase)

B37.0 Candidíase (inclui monilíase)

B00 Infecções pelo vírus do herpes (herpes simples)

B00.2 Gengivoestomatite e faringoamigdalite devida ao vírus do herpes

B00.9 Infecção não especificada devida ao vírus do herpes

L10 Pênfigo

L10.0 Pênfigo vulgar

M86 Osteomielite

M86.0 Osteomielite aguda

M86.3 Osteomielite crônica

Q35 Fenda palatina

Q35.1 Fenda do palato duro

Q35.3 Fenda do palato mole

Q35.5 Fenda do palato duro com fenda do palato mole

Q35.7 Fenda da úvula

Q36 Fenda labial

Q36.0 Fenda labial bilateral

Q36.1 Fenda labial mediana

Q36.9 Fenda labial unilateral

S03 Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça

S03.0 Luxação do maxilar (inclui articulação temporomandibular)

S03.2 Luxação dentária

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico é realizado pelo CD por meio de exame físico intra e extrabucais e exames complementares (hematológicos, bioquímicos, de imagem, etc).

Dentre as condições mais comuns em um serviço de OH, destacam-se:

Abscesso periapical agudo: lesão representada por exsudato purulento em torno do ápice produzido pelo intenso número de neutrófilos atraídos para o local. Apresenta surgimento rápido de edema, dor moderada a intensa que se apresenta espontânea e aumentada com a palpação e percussão, ligeira mobilidade dental. Em casos mais avançados o paciente pode apresentar febre, trismo, falta de apetite e mal-estar geral. Radiograficamente

não se observa imagem radiográfica de espessamento periodontal em função da rapidez da evolução do processo.

Alveolite seca: instala-se quando não se verifica a formação do coágulo pós-exodontia, ficando o interior do alvéolo seco, ou seja, com exposição óssea, que se instala no terceiro ou quarto dia após uma exodontia com presença de odor fétido e dor intensa que não cessa com analgésicos.

Alveolite úmida/purulenta: ocorre quando o alvéolo evolui com secreção purulenta, provocando dor forte e normamente difusa, com odor fétido e acentuado. Também conhecida como alveolite supurativa e, tal como a seca, os sintomas de dor intensa tendem a aparecer 3 a 4 dias após a exodontia.

Angina de Ludwig (celulite submandibular): celulite aguda e tóxica dos espaços submandibular e sublingual bilateralmente e do espaço submental. É uma doença de origem dentária ou a partir de infecções mandibulares, fratura mandibular exposta, lacerações dos tecidos moles bucais, feridas perfurocortantes do assoalho bucal e infecções secundárias em neoplasias bucais. As características clínicas típicas são edema endurecido dos espaços submandibular e sublingual bilateralmente, elevação da língua, obstrução da via aérea e exsudato purulento.

Anquiloglossia: anomalia de desenvolvimento da língua, caracterizada pelo freio lingual curto, resultando na limitação dos movimentos da língua. Ocasionalmente o freio estende-se para anterior e insere-se no ápice lingual, podendo ser observada uma discreta fenda nesta região. Pode estar relacionada a dificuldades de fonação, amamentação e dispneia.

Cálculo dentário: estrutura composta de biofilme bacteriano (placa bacteriana) calcificada, com crescimento concrecente e que tem a capacidade de se fixar nas superfícies não descamativas presentes na cavidade bucal, incluindo próteses e implantes. Uma vez estabelecido, é de difícil remoção mecânica por métodos de higiene convencionais (escovação dentária e uso de fio dental). É capaz de se formar tanto em regiões supra como subgingivais. Além disso, não existem métodos químicos conhecidos capazes de remover o cálculo, havendo necessidade de remoção por métodos mecânicos pelo CD. O cálculo dentário possui propriedades típicas relacionadas ao desenvolvimento de doenças bucais, tendo em vista a sua capacidade de reter mais biofilme e ser mantenedor de espécies periodontopatogênicas.

Cárie dentária: doença infecciosa que progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária.

Eritroplasia: placas de cor vermelha escura, circunscritas, brilhantes, geralmente homogêneas, que não fazem parte do quadro clínico de alguma doença já diagnosticada no indivíduo. As placas eritroplásicas surgem em qualquer local da boca, mas são encontradas principalmente no assoalho, no palato e nas bordas da língua. São assintomáticas e apresentam alto potencial de cancerização.

Fibroma ou hiperplasia fibrosa focal ou pólipio fibroepitelial: lesões papulares ou nodulares, de superfície lisa, recoberta por mucosa de coloração normal ou esbranquiçada, têm consistência fibrosa à palpação e assintomática ao toque. Situam-se principalmente nas mucosas jugal, labial e palato. Representa uma hiperplasia reacional do tecido conjuntivo fibroso em resposta à irritação local ou trauma.

Glossite migratória benigna: também conhecida por “língua geográfica”, pode apresentar-se assintomática ou associada à dor em queimação quando em contato com comidas quentes e apimentadas. As lesões aparecem e desaparecem em regiões diferentes da língua e caracterizam-se por uma lesão atrófica com eritema central. As papilas estão ausentes nessas áreas, resultando em uma lesão lisa e não ulcerada.

Glossite rombóide mediana: lesão atrófica, eritematosa, bem definida na linha mediana da parte posterior do dorso da língua. Perda das papilas linguais é uma característica importante da lesão.

Granuloma periférico de células gigantes: nódulo assintomático, séssil ou pedunculado, com superfície geralmente papilar, de coloração vermelho escura, de base séssil ou pedunculada. Pode apresentar diferentes dimensões e causar o deslocamento dos dentes adjacentes. Radiografias periapicais podem mostrar discreta reabsorção da crista alveolar em forma de taça, especialmente em áreas desdentadas. Sua localização é variada, com maior predileção pela mandíbula.

Granuloma Piogênico: aumento de tecido em resposta a uma reação inflamatória local, geralmente placa bacteriana. Ocorre principalmente na gengiva, mas pode ocorrer em qualquer localização na boca; costuma ser único e aparece como um nódulo avermelhado ou róseo; sua superfície pode ser lisa ou apresentar-se ulcerada.

Hemorragia: extravasamento de grande monta e anormal de sangue que pode ocorrer tanto no período transoperatório quanto após o término da cirurgia.

Hiperplasia inflamatória por prótese: lesão benigna causada sobretudo por próteses mal ajustadas ou por câmara a vácuo/de sucção. É mais encontrada no sulco gengivolabial e bucal e pode ulcerar, tornando-se muito dolorosa e desconfortável para o paciente.

Leucoplasia: manchas ou placas brancas que não podem ser classificadas clinicamente como nenhuma outra doença. O aspecto clínico pode variar de homogêneo à mosqueado em forma de placas ou manchas esbranquiçadas irremovíveis por raspagem, indolor. Os locais de maior acometimento são bordas e face ventral da língua, assoalho da boca e mucosa jugal. A leucoplasia mosqueada pode apresentar ainda erosões em sua superfície e tem potencial de malignização.

Língua pilosa: acúmulo acentuado de queratina nas papilas filiformes do dorso lingual, resultando em uma aparência semelhante a pelos, por aumento na produção da proteína ou decréscimo na descamação da língua. As papilas alongadas geralmente são acastanhadas, amareladas ou enegrecidas, como resultado de crescimento de bactérias cromogênicas, pigmentos do tabaco e alimentos. Em geral, é assintomática, embora alguns pacientes queixem-se de sensação de náusea ou gosto desagradável.

Luxação temporomandibular: ocorre quando o côndilo mandibular se move para fora da cavidade mandibular e permanece retido anteriormente à eminência articular.

Mucosite: úlceras difusas, com uma membrana superficial fibrinopurulenta, amarelada e removível, resultantes de quimioterapia e radioterapia, que geralmente afetam a mucosa menos queratinizada com dor, ardência e desconforto, que podem se acentuar durante a alimentação e higienização bucal.

Nevo: lesões planas ou elevadas, pigmentadas (de cor marrom, cinza, azul ou preto) ou não, que apresentam potencial de malignização. Quando encontrados na boca, os locais de preferência são a orofaringe, o palato e a mucosa jugal.

Pericementite: inflamação dolorosa ao redor do ápice. Pode ter origem na necrose pulpar e/ou em traumas mecânicos. Ocorre em dentes vitais e não-vitais, sendo imprescindível o teste térmico para confirmar a necessidade de tratamento endodôntico. Apresenta dor à percussão vertical e à mastigação. Radiograficamente: na maioria dos casos, o espaço correspondente ao ligamento periodontal apical ou lateral aparece dentro dos limites de normalidade.

Pericoronarite: estado inflamatório de caráter infeccioso ou não, envolvendo o tecido mole localizado ao redor da coroa de um dente, geralmente um terceiro molar inferior em processo de erupção ou semi-incluso. A superfície oclusal do dente afetado é frequentemente

revestida por um tecido gengival denominado opérculo, o qual favorece o acúmulo de alimentos e proliferação bacteriana causando dor, sangramento, halitose e trismo.

Pulpite: caracterizada por episódios espontâneos (não provocados), intermitentes ou contínuos de dor. Os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não são capazes de cessar o quadro doloroso quando a dor se manifesta continuamente.

Queilite actínica: manchas e placas brancas, cinzas ou vermelhas que envolvem o vermelhão do lábio inferior principalmente de indivíduos de pele clara, resultantes da ação deletéria da radiação solar sobre as células epiteliais. A queilite actínica possui elevado potencial de malignização.

Raízes residuais: remanescentes de raiz dentária presentes na cavidade bucal que podem ser em consequência de fratura radicular durante a exodontia ou de destruições dentárias extensas/avançadas. O remanescente radicular pode, em alguns casos, infeccionar apresentando dor e edema local.

Traumatismos dentários: lesões que acometem tecidos moles, tecido ósseo, dentes e que ocorrem após trauma local envolvendo região peribucal. Situação frequente na atividade clínica de Odontopediatria. Antes do atendimento odontológico local, um exame neurológico básico deve ser realizado pelo médico do plantão. É importante também conhecer a história médica do paciente, história do trauma, vacinações prévias etc.

Úlcera traumática: lesão aguda ou crônica da mucosa bucal, resultante de um dano mecânico acidental ou auto induzido. A apresentação clínica geralmente sugere a causa. Ocorre mais frequentemente em língua, lábios e mucosa jugal e se apresenta como área de eritema que circunda uma membrana central, destacável, fibrinopurulenta e amarela.

Ulceração aftosa recorrente: condição caracterizada pelo desenvolvimento periódico de úlceras solitárias ou múltiplas e dolorosas na mucosa bucal, de etiologia ainda não muito bem esclarecida e bastante incômoda para o paciente.

6- Critérios de Inclusão

- Paciente cuja doença sistêmica possa ser fator de risco para agravamento ou instalação de doença bucal, ou cuja doença bucal possa ser fator de risco para agravamento e/ou instalação de doença sistêmica;
- Paciente sob internação hospitalar ou em acompanhamento ambulatorial de doenças ou condições descritas neste protocolo;
- Paciente que apresente qualquer condição que justifique intervenção em ambiente hospitalar, em função do risco de complicações infecciosas,

hemorrágicas ou outras, tanto em nível local quanto sistêmico.

7- Critérios de Exclusão

- Pacientes com comorbidades que sejam contraindicações absolutas ao tratamento;
- Situações clínicas na qual exista evidência de risco ao paciente;
- Pacientes sem parecer médico favorável autorizando o procedimento cirúrgico;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) não assinado pelo responsável do paciente.

8- Conduta

A Odontologia tem se destacado como uma área importante para a promoção da saúde. A sua prática contribui para a qualidade de vida dos indivíduos. Entre as 24 especialidades oferecidas para a especialização do CD, encontra-se a Odontologia Hospitalar. A presença desses profissionais dentro dos hospitais é de grande valia para a saúde dos pacientes internados, principalmente para os que possuem doenças graves.

A cavidade bucal poderá ser um foco infeccioso, destacando assim a importância da manutenção da higienização, diagnóstico e tratamento. O atendimento é ofertado aos pacientes internados que apresentem dor e/ou infecção de origem odontológica, além do atendimento preventivo. O atendimento deverá, também, permear previamente as terapias que possam acarretar complicações bucofaciais ou sistêmicas futuras.

A atuação em ambiente hospitalar favorece o diagnóstico de lesões bucais e auxílio no tratamento de manifestações bucais oriundas de doenças sistêmicas. Sendo assim, o objetivo é o diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam acarretar complicações infecciosas, hemorrágicas, neurológicas ou cardiovasculares, seja em função das condições locais e sistêmicas, seja em decorrência do tratamento ao qual o paciente está submetido.

O profissional deverá participar nas decisões da equipe multiprofissional, incluindo internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta, sendo responsável por tomada de decisão em intervenção na cavidade bucal em consonância com essa equipe. Além disso, orientações das ações em saúde bucal e supervisão da equipe sob sua responsabilidade.

A inclusão do CD ao ambiente hospitalar tem sido fundamental na continuidade do cuidado aos pacientes. Esses profissionais têm o papel de levar a saúde, a partir de seus conhecimentos, no intuito da prevenção de infecções, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, buscando reduzir o tempo de internação, tendo em vista que a saúde é um conjunto de condutas.

PROCEDIMENTOS EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR SEGUNDO AS ÁREAS MÉDICAS:

I. ANEMIAS

Podem ser classificadas de acordo com sua fisiopatologia ou aspecto morfológico dos eritrócitos. Para a classificação pelos critérios morfológicos, é necessário examinar o hemograma, em particular os valores da hemoglobina (Hb), do hematócrito (Ht) e o volume corpuscular médio (VCM). Também deve ser considerado o índice de produção de reticulócitos (IPR). Considera-se anemia quando há redução da contagem de Hb, cujos valores variam de acordo com o gênero e a idade; redução do Ht para valores abaixo de 30% também sugere anemia. Com base nos valores do VCM, as anemias podem ser microcítica (VCM < 70), macrocítica (VCM > 90) ou normocítica (VCM entre 70 e 90). As microcíticas podem ser derivadas de deficiência de ferro (ferropriva), de alterações no metabolismo do ferro (sideroblástica) ou do comprometimento da formação da Hb (talassemia e doença falciforme). As macrocíticas envolvem deficiência de vitamina B12 ou folato (megaloblásticas) ou podem ser secundárias a outros processos (não megaloblásticas), como doenças hepáticas, hipotireoidismo e lesões medulares. As normocíticas geralmente são secundárias a doenças crônicas, como insuficiência renal crônica; podem também ser derivadas de aplasia ou lesão medular, levando à menor produção de eritrócitos (anemia aplásica).

Manejo Odontológico:

As alterações bucais presentes em anemias secundárias a doenças crônicas geralmente são provocadas pela própria doença crônica, não sendo específicas da anemia. Já as anemias originadas de intensa perda de sangue ou as hemolíticas não acarretam modificações nas condições bucais, por serem de curto período. Os pacientes que exibem somente os traços da doença falciforme não requerem cuidados odontológicos especiais.

Contudo, recomenda-se a solicitação de hemograma completo, para avaliação dos dados hematimétricos. Os pacientes com a doença instalada fazem-se necessária a avaliação médica quanto à necessidade e a oportunidade do tratamento odontológico naquele momento. Para esses pacientes é fundamental a prevenção contra infecções, pois essas desencadeiam as crises falciformes, caracterizadas principalmente por dor intensa e generalizada, derivada de isquemia, que ocorre por oclusão vascular pelos eritrócitos falciformes em situações de infecções virais e esplenomegalia, dentre outras causas. As crises falciformes também podem provocar necrose pulpar isquêmica em dentes hígidos. Dessa forma é recomendado o teste de vitalidade pulpar em todos os dentes. Também deve ser realizado um controle rigoroso da higiene bucal, aplicação tópica de flúor e selantes, bem como a eliminação de possíveis focos de infecção, sendo necessária a profilaxia antibiótica, similar à preconizada para a prevenção de endocardite.

Quanto à talassemias, essas podem ser do tipo alfa ou beta (acometendo a cadeia alfa ou beta da hemoglobina, respectivamente). Os pacientes apresentam expansão do osso maxilar, *overjet* acentuado e diastemas entre os incisivos centrais, em razão da hiperplasia maxilar (denominada “face de esquilo”). As maloclusões são frequentes, os dentes podem exibir descoloração e encurtamento das raízes. Aumento de volume e dor nas regiões das parótidas são relatados, atribuídos ao acúmulo de ferro nas glândulas derivado de transfusões sanguíneas frequentes. Infecções oportunistas como candidíase bucal também podem ocorrer, assim como ardência bucal, principalmente no dorso da língua devido à deficiência de folato e o escurecimento das gengivas. As recomendações odontológicas para os pacientes talassêmicos são similares às dos pacientes falciformes, devendo o CD se atentar com as complicações da doença, como doenças cardiovasculares e endócrinas.

As anemias derivadas de deficiências de ferro (ferropriva ou sideroblástica) ou de vitamina B12 e folato (perniciosa) podem acarretar alterações na cavidade bucal como candidíase, palidez da mucosa, atrofia das papilas linguais, lesões similares ao líquen plano, sensação de boca seca, ulceração aftosa recorrente e varizes linguais. Além disso, a carência de ferro, vitamina B12 e folato reduz o potencial de reparação da mucosa bucal, principalmente pela diminuição da vascularização, da reepitelização e da formação do colágeno, eventos de reparação que dependem da presença de ferro e vitaminas.

II. CARDIOLOGIA

Preparo para cirurgia cardíaca/pulmonar:

Em casos de pré-cirurgias de valvas cardíacas, pré-cirurgias paliativas ou de correção de cardiopatias congênitas e em pré-transplante cardíaco e/ou pulmonar:

- Realizar anamnese e exame físico;
- Solicitar exame de imagem do sistema estomatognático: exame radiográfico panorâmico e radiografias periapicais são essenciais; tomografia computadorizada possui caráter complementar; e
- Estabelecer o plano de tratamento.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos, o CD do serviço de OH deverá encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência na Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou CEO.

Os procedimentos curativos deverão ser feitos no próprio hospital apenas nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

Acompanhamento cardiológico/pneumológico clínico ou pós-cirurgia cardíaca/pneumológica, exibindo comorbidades associadas, que impliquem atendimento odontológico hospitalar:

- Prevenir, diagnosticar e tratar doenças de origem odontológica que impliquem risco ao paciente se tratadas fora do ambiente hospitalar nos primeiros seis meses após o tratamento cardíaco;
- As situações que se enquadram nessa condição são: pacientes portadores ou com história de hipertensão grave, infarto agudo do miocárdio recente (até seis meses), arritmias mórbidas, doenças pneumológicas graves, doenças neurológicas com rebaixamento cognitivo, diabetes em constante descompensação, doenças hematológicas com risco de sangramento, bem como gestantes com cardiopatia de risco e procedimentos cirúrgicos complexos em pacientes sob anticoagulação oral.

Anormalidades das valvas cardíacas:

As valvas cardíacas são estruturas formadas basicamente por tecido conjuntivo, que se encontram à saída de cada uma das quatro câmaras do coração. O coração possui quatro valvas: aórtica, pulmonar e outras duas chamadas de atrioventriculares (direita e esquerda).

Arritmias cardíacas:

As arritmias cardíacas estão presentes em uma percentagem significativa da população que procura tratamento odontológico. Algumas dessas arritmias são de pequeno significado clínico para o paciente e para o CD. Outras produzem sintomas e podem ser muito graves, incluindo as que ocorrem secundariamente à ansiedade ao tratamento dentário. Devido aos vários tipos de arritmia, qualquer alteração no ritmo ou na frequência cardíaca do paciente, assim identificada pela simples tomada do pulso carotídeo ou radial, deve alertar o CD para uma possível presença de arritmia. O paciente deve ser referido ao cardiologista para diagnóstico antes de iniciar qualquer tratamento odontológico.

Doença cardíaca isquêmica:

A doença cardíaca isquêmica é uma condição decorrente da obstrução gradual das artérias coronárias por ateromas (placas compostas especialmente de lipídeos e tecido fibroso), que acarreta uma diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio. Numa situação na qual é exigido um aumento do trabalho do coração, a diminuição do fluxo sanguíneo fica mais crítica, podendo resultar em isquemia do miocárdio.

Doenças cardiovasculares:

No Brasil, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte, respondendo por 1/3 dos óbitos no país. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do DATASUS do Ministério da Saúde, o coeficiente de mortalidade por doença cardiovascular é de aproximadamente 442/100.000 habitantes.

Hipertensão arterial:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a elevação persistente dos níveis da pressão arterial sanguínea (PA), com valores $\geq 140/90$ mmHg. Estima-se que a doença atinja 22% da população brasileira > 20 anos, sendo responsável pela maioria dos casos de acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio.

Insuficiência cardíaca congestiva:

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma doença na qual há uma diminuição da contratilidade do músculo cardíaco, ou seja, o coração não tem força suficiente para manter um volume de ejeção normal do sangue.

Manejo odontológico:

Em 2007 foram publicadas as novas diretrizes da *American Heart Association* (AHA) quanto à indicação ou não de profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa (PAEI) em procedimentos odontológicos, o que simplificou a conduta profilática e reduziu suas indicações apenas para portadores de próteses valvares cardíacas, histórico de endocardite infecciosa e cirurgias de defeitos congênitos até 6 meses após a correção, excluindo-se cardiopatias em valvas nativas. Seja pelo fato de a profilaxia antibiótica não ter sido confirmada como eficiente em mais de 90% dos casos ou, então, porque atividades cotidianas, como escovar os dentes e a própria mastigação, acabaram por se mostrar mais significativas na produção de bacteremias e da própria endocardite infecciosa.

No entanto, não se trata de uma diretriz adequada à realidade de países em que há elevado número de casos de doença valvar reumática, doença periodontal e doença de cárie, como o Brasil. Assim, sugerimos as diretrizes publicadas em 1997 pelo mesmo comitê (AHA), considerando o grupo de alto e de moderado risco para receber profilaxia antibiótica. A Diretriz Brasileira de Valvopatias da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2011) – I Diretriz Interamericana de Valvopatias (SIAC 2011) – reforça essa conduta, na qual optou-se por também manter a PAEI, diferentemente do proposto pelas outras diretrizes, incluindo valvopatia reumática, prolapso da válvula mitral (PVM) com insuficiência e valvopatia aórtica degenerativa ou de origem bicúspide.

III. DISTÚRBIOS DE COAGULAÇÃO

Os distúrbios de coagulação decorrentes de alterações hematológicas compreendem as situações de hipo ou hipercoagulabilidade. A coagulação depende das plaquetas e dos fatores de coagulação, a maioria produzida pelo fígado. Na hipocoagulabilidade, a deficiência de plaquetas e de fatores de coagulação são as principais causas da ausência de formação do coágulo. Já na hipercoagulabilidade ocorre excesso de plaquetas (trombocitose), excesso de eritrócitos (eritrocitose), ausência dos mecanismos de anticoagulação, alterações no fluxo sanguíneo e alterações na parede vascular, que provocam a formação exagerada de trombos plaquetários.

Manejo odontológico:

Deve-se priorizar uma anamnese detalhada, buscando identificar o tipo da doença e os medicamentos em uso, principalmente antiagregantes plaquetários, anticoagulantes e fibrinolíticos. Devem ser avaliadas a necessidade e a oportunidade do tratamento odontológico em conjunto com o médico, considerando-se os riscos de trombose e tromboembolismo, assim como o risco de sangramento, tanto pelo uso de medicamentos quanto pelo desequilíbrio do processo de hemostasia. Os antiagregantes plaquetários inibem proteínas essenciais para a adesão das plaquetas no local da adesão endotelial. Os anticoagulantes podem inibir, de maneira direta ou indireta, os fatores de coagulação específicos ou então inibir a vitamina K, com conseqüente diminuição da síntese dos fatores que dependem dessa vitamina (fatores II, VII, IX e X). Os fármacos com inibição direta dos fatores de coagulação podem inibir a trombina ou o fator Xa. Os de inibição indireta incluem aqueles que atuam sobre a antitrombina, favorecendo a inibição da trombina. Por fim, tem-se os medicamentos fibrinolíticos, que estimulam a conversão do plasminogênio em plasmina, com posterior dissolução da fibrina e a lise do coágulo. Além de conhecer os medicamentos e a forma de ação, o CD também deve analisar o hemograma, uma vez que a hipercoagulabilidade pode ser originada por problemas hematológicos intrínsecos (observar a contagem de plaquetas). Caso o paciente esteja sob terapia cumarínica, é fundamental avaliar o tempo de protrombina e o valor do RNI (Razão Normalizada Internacional), pois esses são os índices que informam especificamente os níveis de anticoagulação. Para as demais dos medicamentos (antiagregantes plaquetários e inibidores diretos e indiretos da trombina), somente o médico está apto a identificar o grau de anticoagulação no qual se encontra o paciente e o risco de sangramento a que está exposto. Atualmente é consenso que, em boa parte das situações em que o paciente está anticoagulado, os procedimentos odontológicos podem ser realizados com segurança, desde que bem planejados, com técnica cirúrgica acurada e atraumática e com manobras hemostáticas locais. Para os pacientes em uso de cumarínicos, valores do RNI iguais ou abaixo de 3,5 são seguros para a maioria dos procedimentos. Entretanto, valores do RNI acima de 3,6 podem ocasionar sangramentos de grande monta, sendo prudente executar os

procedimentos em ambiente hospitalar, caso sejam inadiáveis.

Os medicamentos anticoagulantes só devem ser suspensos ou substituídos pelo médico que assiste o paciente, uma vez que o risco de trombose se sobrepõe ao da hemorragia, sendo o primeiro de maior risco à vida. Caso o médico suspenda os medicamentos, é importante lembrar dos tempos necessários para que o sistema de coagulação se normalize. Em relação ao tempo necessário para que o sistema de coagulação se normalize, sugere-se que seja indicado a referência utilizada. Além disso, ressaltar que pode haver variação no tempo em decorrência de condições clínicas como insuficiência renal e/ou hepática e populações especiais como idosos e crianças. Por exemplo, a duração da ação de uma dose única de varfarina é de dois a cinco dias, porém seus efeitos podem se tornar mais evidentes com a manutenção do tratamento, de acordo com a sobreposição dos efeitos de cada dose administrada (bula Marevan®). No caso de rivaroxabana e dabigatrana, o fator Xa e a trombina normalizam no intervalo de 1 a 2 dias. Para a heparina, a coagulação retorna ao normal em torno de 4 a 6 horas (heparina não fracionada) ou em 12 a 24 horas (heparina de baixo peso molecular).

Nas trombocitopenias é fundamental que o CD saiba a quantidade de plaquetas do paciente próximo à data da intervenção odontológica, pois há grande oscilação no número de plaquetas durante a semana. Pode acontecer de o paciente não saber que está plaquetopênico, sendo os sangramentos bucais as primeiras manifestações dessa alteração. Tão logo tal distúrbio seja detectado, ele deverá ser informado ao médico do paciente. A necessidade de intervenção odontológica deve ser avaliada diante de uma trombocitopenia, pois além do risco de sangramento, a cicatrização do paciente também estará comprometida, uma vez que o processo de reparo tecidual depende dos fatores de crescimento presentes no coágulo, os quais são liberados pelas plaquetas após sua adesão. Quando as plaquetas estiverem abaixo de 50.000 células/mm³, geralmente recomendam-se apenas procedimentos odontológicos de emergência ou urgência. Nesses casos, se os procedimentos forem invasivos como exodontias, cirurgias periodontais e etc, é recomendável que seja realizada a transfusão de plaquetas prévia ao procedimento.

Nos casos de trombocitopenia moderada ou grave, além da transfusão de plaquetas recomenda-se também:

- Minimizar o trauma cirúrgico;
- Quando possível, planejar as intervenções para o início da semana e do dia, o que permite o acompanhamento do paciente no pós-operatório;
- Realizar sutura oclusiva visando à estabilidade do coágulo no alvéolo⁴;
- Durante o procedimento, realizar compressão prolongada e constante utilizando gaze;
- Utilizar agentes hemostáticos como: esponja de celulose; ácido tranexâmico e esponja de fibrina.

Nos casos de hemofilia A e doença de Von Willebrand, o atendimento odontológico depende do diagnóstico prévio da gravidade da hemofilia. O CD deverá avaliar o hemograma e o coagulograma do paciente, bem como realizar contato com o médico para avaliar se os procedimentos podem ser realizados e sob quais condições. No pós-operatório, deve-se evitar a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios que interferem na coagulação, como o ácido acetilsalicílico (AAS), o ibuprofeno e o naproxeno sódico. A prescrição prévia de acetato de desmopressina (intranasal deve ser realizada por prescrição médica) estimula a liberação do fator de Von Willebrand do tipo I. Essa prescrição deve anteceder exodontias e cirurgias periodontais, mas não é indicada para pacientes cardiopatas e crianças por acarretar a elevação do débito cardíaco, hipotensão e cefaleia. A reação adversa mais grave com a desmopressina é a hiponatremia, a qual pode causar dor de cabeça, náusea, vômito, redução do sódio no sangue, ganho de peso, mal-estar, dor abdominal, câimbras musculares, tontura, confusão, perda da consciência e em casos mais severos convulsão e coma. Dentre as reações com frequência desconhecida está a hipertensão, em decorrência do efeito antidiurético.

Nos casos de hemofilias A ou B moderadas ou graves, é necessária a administração dos fatores de coagulação deficitários, 30 ou 60 minutos antes do procedimento odontológico. É fundamental que o paciente hemofílico seja orientado desde cedo a manter sua higiene bucal adequada, realizando a escovação e o uso do fio dental de maneira correta, evitando o trauma local. No pós-operatório, deve-se evitar a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios que interferem na coagulação, como o AAS, o ibuprofeno e o naproxeno sódico.

Emergências e sangramentos pós-operatórios

Os sangramentos pós-operatórios representam a maioria das emergências em pacientes com coagulopatias. Deve-se primeiramente identificar o local do sangramento e sua intensidade. Realizar a limpeza da área afetada, anestésiar para uma melhor abordagem é utilizar métodos hemostáticos locais e suturas com fios não absorvíveis. Os sangramentos em cavidade bucal podem ser de difícil controle, sendo algumas vezes necessária a associação de suporte hematológico a ser definido com a equipe médica⁵.

IV. DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS

Atenção aos pacientes com bacteremia e hemocultura positivas, bem como para os pacientes internados portadores de infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana, a saber:

- Realizar diagnóstico e tratamento de lesões na cavidade bucal;
- Avaliar a cavidade bucal quanto a presença de focos infecciosos e outras

lesões em pacientes internados devido ao agravo da doença primária.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos ou acompanhamento odontológico, o CD do serviço de OH deverá encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

A execução de procedimentos curativos ou acompanhamento odontológico deverá ser feita no próprio hospital nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitarem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

V. ENDOCRINOLOGIA

A *diabetes mellitus* (DM) é uma doença comum do metabolismo de carboidratos que se acredita possuir muitas causas, apesar de o problema básico ser ou a produção diminuída de insulina, ou a resistência tecidual aos efeitos da insulina. O resultado desse estado anormal é um aumento nos níveis de glicose no sangue. A *diabetes mellitus* geralmente é dividida em:

Tipo I – caracterizada por completa ou quase completa falta de produção de insulina;

Tipo II – caracterizada por inadequada produção de insulina ou resistência dos tecidos alvo aos efeitos da insulina.

O atendimento odontológico de pacientes diabéticos sempre representou um desafio à prática da profissão do CD. O aspecto plurimetabólico e multidisciplinar e profissional que envolve esses pacientes dificulta a elaboração de um protocolo de atendimento bem estabelecido.

É provável que o ambiente considerado mais propício para que se possa assegurar um completo atendimento ao paciente diabético seja o hospitalar, no qual fica mais fácil a reunião dos diversos profissionais necessários ao acompanhamento do paciente. Pacientes com DM que estão hospitalizados devem ter cuidados especiais com a higienização bucal para evitar o surgimento de doenças na boca, que ocorre quando há falha na remoção mecânica do biofilme.

O diagnóstico da DM pode ser feito por meio da aferição da glicose plasmática em jejum (FPG). Valores menores que 99mg/dL são considerados normais, enquanto valor igual ou maior que 126mg/dL é considerado diabetes, segundo a Associação Americana de Diabetes e a Sociedade Brasileira de Diabetes¹¹. Existe também o exame de hemoglobina glicada (HbA1C), considerado o mais eficaz para controle do DM. Os valores normais de referência estão entre 4 e 6%, enquanto níveis de HbA1C acima de 7% estão associados a um risco maior de complicações crônicas⁷.

Manejo odontológico:

O paciente diabético é classificado como baixo, médio ou alto risco para o manejo odontológico, a saber:

Baixo Risco - controle metabólico em regime médico; ausência de sintomas e complicações da diabetes; exame de glicemia em jejum, *Fasting Plasma Glucose Test* (FPG) < 200mg/dL, taxa de HbA1c de 7% e glicosúria mínima (1+).

Poderão ser realizados: radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.

Tratamento cirúrgico: extrações simples, múltiplas e de dente incluso, gengivoplastia, cirurgia com retalho e apicectomia.

Médio Risco - controle metabólico moderado em regime médico; ausência de sintomas recentes e poucas complicações da diabetes; FPG < 250mg/dL, taxa de HbA1c de 7-9% e glicosúria média (0- 3+) sem cetonas.

Poderão ser realizados: radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.

Tratamento cirúrgico: extrações simples e gengivoplastia, realizadas após ajuste na dosagem de insulina, em acordo com o médico do paciente.

Alto Risco - descontrole metabólico; sintomas frequentes e múltiplas complicações da diabetes; FPG > 250mg/dL, taxa de HbA1c > 9% e glicosúria alta (4+), ocasional cetonúria.

Poderão ser realizados: somente radiografias e instruções sobre higiene bucal, devendo encaminhar o paciente ao médico para rigoroso controle do estado metabólico e das infecções bucais.

Tratamento cirúrgico: não recomendado, devendo encaminhar o paciente ao médico para rigoroso controle do estado metabólico e das infecções bucais.

No dia da intervenção odontológica o paciente deverá estar alimentado e em uso do medicamento habitual e, se necessário, avaliar a glicemia por meio de um glicosímetro. Caso o procedimento a ser realizado possa limitar a função mastigatória do paciente (ou gerar mudanças na sua dieta), o médico deverá ser previamente consultado para realizar possíveis ajustes na dose do medicamento com intuito de prevenir uma possível hipoglicemia.

Vasoconstritores adrenérgicos são considerados hiperglicemiantes, entretanto a via de administração, a dose e o tipo de diabetes (dependente ou não de insulina) também são fatores que influenciam na resposta do diabético à administração de epinefrina. As chances de alterações são maiores nos pacientes que fazem uso de insulina do que naqueles tratados somente com dieta ou hipoglicemiantes orais, pois há uma relação entre os níveis elevados de catecolaminas circulantes e o aumento da glicemia em pacientes diabéticos insulino-dependentes.

As soluções anestésicas locais que contêm epinefrina podem ser empregadas em diabéticos dependentes ou não de insulina, em qualquer procedimento odontológico eletivo (cirúrgico ou não), obedecendo-se às doses máximas recomendadas para cada anestésico, além do cuidado de se fazer injeção lenta após aspiração negativa.

A profilaxia antibiótica cirúrgica de forma rotineira não é indicada para pacientes diabéticos bem controlados. O consenso atual é de que o uso profilático de antibióticos em diabéticos só deve ser considerado em pacientes com a doença descompensada, apresentando cetoacidose sanguínea e cetonúria (presença de corpos cetônicos na urina), quando as funções dos neutrófilos encontram-se diminuídas. Porém, cada caso deve ser analisado criteriosamente, em conjunto com o médico que trata o paciente, para se tomar a decisão de empregar ou não a profilaxia antibiótica antes de uma exodontia ou outras intervenções que causam bacteremia transitória, em pacientes que não apresentam sinais de infecção. Quando indicada, recomenda-se o regime de dose única de amoxicilina 1 g (ou clindamicina 600 mg aos alérgicos às penicilinas), 1 hora antes do procedimento.

O CD do serviço de OH deverá:

- Realizar avaliação e tratamento de focos infecciosos na cavidade bucal em pacientes internados devido a complicações de diabetes;
- Avaliar os pacientes ambulatoriais insulino-dependentes de difícil controle.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos, o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

A execução de procedimentos curativos deverá ser feita no próprio hospital apenas nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitarem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

VI. GASTROENTEROLOGIA E TRANSPLANTE HEPÁTICO

O fígado é um órgão maciço, situado imediatamente abaixo do diafragma, na parte superior direita do abdome. É constituído por hepatócitos e desempenha inúmeras funções: metabolismo energético (via das pentoses), metabolismo de lipídeos, metabolismo de carboidratos, metabolismo proteico, síntese de proteínas de transporte, síntese de proteínas de coagulação e anticoagulação, síntese de globulinas (proteínas de alto peso molecular, insolúveis em água pura), metabolismo da bile e biotransformação. Diante dessa variedade de funções desempenhadas por esse órgão, o diagnóstico do estado funcional do fígado é bem complexo e requer a solicitação de diversos testes bioquímicos séricos. A Tabela 1 resume as principais provas hepáticas e o que elas podem sinalizar⁸.

Tabela 1 - Provas Laboratoriais para Diagnóstico da Função Hepática.

Provas Séricas	Significados
Asparato aminotransferase (AST) ou Transaminase glutâmico- oxaloacética (TGO)	Enzima localizada no interior do hepatócito e também em células musculares cardíacas e esqueléticas, renais, pancreáticas, pulmonares, além de leucócitos e eritrócitos. É liberada para o sangue quando há injúria ou ruptura dos hepatócitos.
Alanina aminotransferase (ALT) ou transaminase glutâmico-pirúvica (TGP)	Enzima localizada em grande quantidade no interior do hepatócito, é liberada para o sangue quando há injúria ou ruptura dessa célula. O aumento de TGP indica lesão em hepatócito.
Lactato desidrogenase (LH)	Menos específica que o AST e ALT; indica injúria nos hepatócitos, pode estar alta em doenças isquêmicas hepática.
Fosfatase alcalina (FA)	Não é um marcador sensível para o fígado, encontra-se mais nas células dos ductos biliares. Pode indicar injúria das vias biliares, principalmente em situação de obstrução e neoplasia.
Gama glutamiltransferase (gama GT)	Marcador sensível para situação de dano hepático derivado da ingestão de etanol.
Bilirrubinas direta, indireta e ambas	Indicam a capacidade do fígado de conjugar a bilirrubina indireta com ácido glicurônico, tornando-se direta e solúvel para compor a bile; não há alteração dos valores séricos normais até que o fígado perca metade de sua capacidade de excreção.
Albumina	Produzida pelo hepatócito, sua diminuição no sangue indica progressão de doença hepática, com perda importante da função de síntese do fígado.
Tempo de protrombina	Indica a conversão de protrombina em trombina, a qual é dependente de fatores de coagulação (II, V, VII e X). Esses, por sua vez, dependem de vitamina k. O aumento do tempo de protrombina em paciente com disfunção hepática pode indicar perda da função hepática na síntese de fatores de coagulação

Fonte: Tabela adaptada de Odontologia Hospitalar. Cap 23: manejo odontológico do paciente com disfunção hepática⁹

Atenção para os casos em que exista risco de sangramento e/ou infecção em pacientes com distúrbios de coagulação e/ou em imunossupressão.

Transplante Hepático:

No período pré-transplante hepático:

- Solicitar exame de imagem. É essencial a radiografia panorâmica; as radiografias periapicais e a tomografia computadorizada são de caráter complementar;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Estabelecer plano de tratamento.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos que representem risco de complicações para o paciente durante e após o transplante, o CD do serviço de OH deverá encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contra referência (UBS e/ou CEO).

A execução de procedimentos curativos deverá ser feita no próprio hospital nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitarem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

No período pós-transplante hepático:

- Em caso de agravos na cavidade bucal que representem risco de complicações para o paciente nos primeiros seis meses após o transplante, o CD da equipe de OH deverá executar os procedimentos nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitarem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar;
- Após seis meses do transplante, encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

VII. GESTAÇÃO:

O atendimento a gestantes de alto risco deve ser individualizado, observando-se os cuidados necessários à gestação e aliados às comorbidades presentes. No caso de gestantes hipertensas, deve-se sempre aferir a pressão arterial antes da realização do procedimento, sendo indicado o encaminhamento para o médico em caso de urgência ou emergência hipertensiva. O tratamento odontológico deve ser reagendado assim que houver o controle do quadro agudo, pois a realização do mesmo pode ser um aliado na prevenção da eclampsia¹². O tratamento odontológico deve ser realizado preferencialmente no segundo trimestre de gestação, por oferecer menor risco para gestante e feto. No primeiro trimestre a organogênese ainda não se completou e, com isso, existe um maior risco de aborto espontâneo, podendo ser realizado o tratamento em caso de urgências, como em pulpites ou abscessos e, também, para remoção de biofilme. No terceiro trimestre o tamanho do feto pode gerar compressão da veia cava superior e hipotensão no caso de atendimento em posição supina, por isso, sempre que necessária a realização de algum procedimento, esse deve ser feito em decúbito lateral esquerdo^{12,13}.

Nas gestantes diabéticas pode ocorrer uma maior atividade da doença periodontal devido à diminuição da ação neutrofílica. A higiene bucal nesses casos pode ser uma aliada não apenas para a saúde bucal, pois a atividade inflamatória provocada pela doença periodontal não controlada pode levar a liberação de citocinas inflamatórias que predispõem ao aumento dos níveis glicêmicos e aumentam o risco de parto prematuro¹².

As gestantes em urgência ou emergência odontológicas podem ser atendidas em qualquer fase gestacional desde que haja os devidos cuidados para segurança. Em relação ao uso de antibióticos no caso de urgências relacionadas a infecções pulpares e periapicais, a recomendação da *American Dental Association* é para que só seja feito em caso de infecções associadas a sintomas sistêmicos como febre e prostração, sendo a amoxicilina o medicamento de escolha^{12,14}.

A orientação sobre medidas que facilitem a higiene bucal é essencial durante a gestação, uma vez que fatores como as náuseas e aumento da ingestão alimentar podem dificultar a correta higiene bucal. O profissional de saúde bucal também deve estar atento ao controle do

biofilme dental, sendo por vezes necessária a avaliação mensal e utilização de escova de Robson e/ou taça de borracha com pasta profilática para profilaxia ambulatorial em casos selecionados¹².

Radiografias, desde que bem indicadas, podem ser realizadas, utilizando sempre protetor cervical e avental plumbíferos.

Quanto aos anestésicos, o mais indicado durante a gestação é a lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000. Deve-se marcar mais de uma consulta, com a realização de procedimentos em dias diferentes, caso haja necessidade de utilização de uma maior quantidade de anestésico^{12,15}.

A maioria dos medicamentos utilizados em odontologia pode ser prescrita no período gestacional, todavia a prescrição de fármacos na gestação deve ser cuidadosa, podendo ser utilizada a classificação de risco dos medicamentos proposta pela *Food and Drugs Administration* (FDA) para tal.

Quadro 1 - Principais drogas utilizadas na gestação e amamentação

Medicamentos	Uso na Gestação	Uso na Amamentação
Ácido acetil salicílico	Cautela na prescrição (Evitar no terceiro trimestre)	Evitar
Azitromicina	Sim	Sim
Bupivacaína	Evitar	Evitar
Cefalosporinas	Sim	Sim
Clindamicina	Sim	Sim
Codeína	Uso com cautela (entrar em contato com o obstetra antes)	Evitar
Dexametasona	Uso em situações específicas	Evitar
Dipirona	Cautela na prescrição (Evitar no primeiro e terceiro trimestres)	Evitar
Eritromicina	Sim	Sim
Ibuprofeno	Cautela na prescrição (Evitar no terceiro trimestre)	Evitar
Lidocaína	Sim	Sim
Mepivacaína	Evitar	Evitar
Metronidazol	Evitar (Uso controverso)	Evitar (Uso controverso)
Paracetamol	Sim	Sim
Penicilinas	Sim	Sim
Prilocaína	Evitar (Metahemoglobinemia)	Evitar (Metahemoglobinemia)
Tetraciclina	Evitar	Evitar
Tramadol	Não	Não

Fonte: Quadro elaborado pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.

VIII. HEMATOLOGIA

Pacientes sob ação de anticoagulantes e ou portadores de coagulopatias e trombocitopatias hereditárias ou adquiridas cuja morbidade obrigue a realização do procedimento em ambiente hospitalar devem ser atendidos pela equipe de OH, principalmente nos casos de execução de procedimentos invasivos que possam causar sangramento.

Portadores de hemoglobinopatias devem ser atendidos pela equipe de OH para realização de diagnóstico e tratamento de lesões e complicações infecciosas na cavidade bucal.

IX. NEFROLOGIA

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se por apresentar um desenvolvimento lento, progressivo e irreversível da perda de função renal, presentes por um período igual ou superior a 3 meses⁴.

A DRC tem diversas etiologias e encontra-se entre as principais causas de óbito e de incapacidade no mundo¹⁰. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são as principais doenças que levam à DRC. Outras causas incluem: doenças hereditárias, doenças autoimunes, infecções sistêmicas, infecções urinárias de repetição, obstrução do trato urinário, nefrites túbulointersticiais, neoplasias, analgésicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e glomerulopatias.

Com a progressão da DRC os rins vão perdendo sua capacidade de promover suas funções fisiológicas, o que ocasiona o surgimento de diversas comorbidades, tais como: anemia, desnutrição, anorexia, dislipidemia, diabetes mellitus, hiperparatireoidismo e alterações do metabolismo ósseo, deficiência de coagulação, cardiopatias, hipertensão arterial, alterações hidroeletrólíticas, deficiência imunológica e inflamação crônica sistêmica.

O melhor indicador disponível para avaliação da função renal é a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), que mostra a quantidade total de líquido filtrado por unidade de tempo. A DRC pode ser estabelecida através da diminuição da TFG (<60 ml/minuto) e/ou a presença de um ou mais marcadores de dano renal, que perdurem por mais de 3 meses. São marcadores de dano renal: albuminúria, anormalidade de sedimento urinário, anormalidade de eletrólitos ou outras decorrentes de distúrbio tubular, anormalidades na histologia, anormalidades estruturais detectadas por imagem e história de transplante de rim.

A classificação e avaliação da progressão da DRC são definidas tendo como parâmetro a TFG, em cinco fases, estabelecida pela *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) da *National Kidney Foundation* – EUA (Tabela 2).

Tabela 2 - Fases da classificação e avaliação da progressão da DRC.

Classificação	KDOQI	Risco para Intervenção Odontológica
Fase 1	>90mL/min/1.73 m ²	Assintomático. Função normal. Sem risco
Fase 2	90 a 89mL/min/1.73 m ²	Assintomático. Função normal. Sem risco ou risco baixo
Fase 3A	45 a 59mL/min/1.73 m ²	Início de sintomas e comorbidade. Início do tratamento conservador. Risco baixo a moderado
Fase 3B	30 a 44mL/min/1.73 m ²	
Fase 4	15 a 29mL/min/1.73 m ²	Agravamento geral. Inicia preparo para terapia renal substitutiva (TRS). Risco aumentado
Fase 5	< 15mL/min/1.73 m ²	TRS. Muitos sintomas e comorbidades. Risco alto associado à quantidade e severidade das comorbidades

Fonte: Varellis et al., 2018⁹

Quando há uma perda de função renal de 50% a 85% o tratamento para DRC pode ser feito com dieta e medicamentos, porém quando esta perda for maior que 85% as terapias que substituam o sistema de filtragem dos rins estão indicadas. As Terapias Renais Substitutivas (TRS) são: diálise peritoneal e hemodiálise. Já a cura da DRC é alcançada por meio de transplante renal.

Na diálise peritoneal cria-se um acesso por meio da cavidade abdominal utilizando um cateter. A solução de diálise, que é uma solução eletrolítica hipertônica estéril capaz de remover resíduos e toxinas do sangue pelo mecanismo osmótico, é infundida através do cateter, permanece por um determinado tempo na cavidade peritoneal e depois é drenada.

Na hemodiálise a filtragem do sangue é feita por meio de uma máquina de circulação extracorpórea. Geralmente os pacientes realizam três sessões de diálise por semana, em dias alternados. Os pacientes que serão submetidos à hemodiálise necessitam realizar um acesso vascular, que pode ser temporário ou permanente. Os acessos temporários são realizados quando há necessidade de instituir a hemodiálise imediatamente e não pode esperar pela confecção de um acesso permanente. Os acessos permanentes podem ser de três tipos: fístula arteriovenosa (FAV), enxerto arteriovenoso de GoreTex e os cateteres permanentes.

Manejo odontológico:

Deve-se levar em consideração no manejo desses pacientes as complicações sistêmicas da doença, a terapia utilizada, os fármacos que serão administrados e as manifestações bucais.

Considerações importantes durante atendimento odontológico dos pacientes com DRC:

- Tratamentos eletivos devem ser realizados preferencialmente no dia seguinte à hemodiálise;
- Tratamentos de urgência podem ser realizados no dia de hemodiálise, observando-se o tipo do medicamento utilizado durante hemodiálise e sua meia vida de eliminação;
- Verificar exames pré-atendimento clínico, com objetivo de identificar alterações sistêmicas importantes que podem decorrer da IRC, tais como: anemia grave, distúrbios da coagulação, distúrbios eletrolíticos, densidade mineral (exame de paratormônio). Para pacientes em TRS, faz-se necessário avaliar os exames pré e pós diálise;
- Aferir PA, na avaliação inicial e na realização de todos os procedimentos odontológicos (antes, durante e após), cirúrgicos ou não;
- A PA do paciente deverá ser aferida no braço sem fístula arteriovenosa;
- Verificar glicemia capilar, na avaliação inicial e na realização de todos os

procedimentos odontológicos, cirúrgicos ou não. Atentar para os medicamentos, dosagens e tempo de meia vida plasmática, em caso de pacientes com diabetes mellitus (DM);

- O uso de medicamentos anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários, betabloqueadores entre outros, é comum em pacientes com DRC, devido ao alto índice de cardiopatias, sendo necessário cuidados específicos a pacientes cardiopatas;
- Atentar-se à prescrição medicamentosa: ajuste de doses necessárias de acordo com a TFG.

Observação: os anestésicos que são metabolizados no fígado estão indicados para esses pacientes, sendo a lidocaína a primeira escolha seguida da mepivacaína. Quanto a dose máxima segura para pacientes renais, não há um consenso na literatura, porém deve-se considerar sempre a concentração sérica desses anestésicos e vasoconstrictores pela diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e a diversidade de complicações, comorbidades e alterações metabólicas que esses pacientes apresentam. Deve-se atentar ao uso de vasoconstrictor em pacientes com estágio avançado de insuficiência renal e dialíticos, tendo em vista que esses anestésicos não são dialisáveis e apresentam risco de concentração plasmática.

Transplante Renal:

No período pré-transplante renal:

- Solicitar exame de imagem: É essencial a radiografia panorâmica; as radiografias periapicais e a tomografia computadorizada são de caráter complementar;
- Realizar anamnese e exame físico;
- Estabelecer plano de tratamento.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos que representem risco de complicações para o paciente durante e após o transplante, o CD do serviço de OH deverá encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

A execução de procedimentos curativos deverá ser feita no próprio hospital somente nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitam limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

No período pós-transplante renal:

- Realizar diagnóstico de lesões bucais nos pacientes imunossuprimidos;
- Em caso de agravos na cavidade bucal que representem risco de complicações para o paciente nos primeiros seis meses após o transplante, executar os procedimentos

nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitam limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar;

- Após seis meses do transplante, encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

XI. NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA:

- Pacientes psiquiátricos com doenças sistêmicas graves associadas;
- Pacientes próximos da fase ou já em doença psiquiátrica aguda que necessitem de internação;
- Pacientes com doenças psiquiátricas que requeiram controle rigoroso farmacológico e/ou eletroconvulsoterapia em serviços especializados, tais como hospital-dia, devido às instabilidades comportamentais;
- Pacientes com transtornos mentais, tais como transtornos factícios, comportamento manipulador, comportamento de auto-injúria e transtornos alimentares, enquanto requererem acompanhamento multidisciplinar em hospital de alta complexidade;
- Pacientes com dores bucofaciais crônicas que requeiram investigação diagnóstica multiprofissional;
- Pacientes com deficiência mental isolada ou associada a epilepsia ou síndromes, autismo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, fobias e transtornos de humor e ansiedade que não responderam às técnicas de modelagem comportamental, necessitando contenção química (sedação ou anestesia geral);
- Realizar diagnóstico e tratamento de lesões na cavidade bucal;
- Avaliar a cavidade bucal quanto a presença de focos infecciosos e outras lesões em pacientes internados devido ao agravo da doença primária.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos ou acompanhamento odontológico, o CD do serviço de OH deverá encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

A execução de procedimentos curativos ou acompanhamento odontológico deverá ser feita no próprio hospital nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitam limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

XII. PACIENTES EM USO DE BISFOSFONATOS:

Bisfosfonatos e denosumabe são os antirreabsortivos ósseos mais utilizados no mundo, apresentando fortes efeitos inibitórios sobre a reabsorção óssea. São utilizados no tratamento

de osteoporose, hipercalcemia maligna, doenças metastáticas e distúrbios ósseos. Apesar de apresentarem poucos efeitos colaterais sistêmicos, ambos podem levar a osteonecrose de maxila e mandíbula. A fisiopatologia da osteonecrose dos maxilares relacionada a medicamentos (ONM) ainda não foi totalmente compreendida. Não se sabe o porquê desta alteração ocorrer exclusivamente na maxila e na mandíbula. A Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais (AAOMS) considera os seguintes eventos: alteração da remodelação óssea ou supressão da reabsorção óssea, inibição da angiogênese, microtraumas constantes, supressão da imunidade, deficiência de vitamina D, toxicidade do medicamento sobre o tecido mole e inflamação/infecção⁶.

Sempre que possível, todos os pacientes antes de iniciarem terapias com bisfosfonatos, antirreabsortivos e antiangiogênicos devem ser avaliados por um CD com o objetivo de:

- Analisar criteriosamente as condições clínicas e radiográficas dos dentes e das estruturas ósseas adjacentes;
- Remover possíveis focos infecciosos e fatores de trauma da mucosa bucal;
- Controlar a placa bacteriana;
- Adaptar próteses removíveis;
- Realizar aplicação tópica de flúor.

Após o início da terapia, sempre que houver necessidade de cirurgias odontológicas, o caso deve ser avaliado e discutido com o médico responsável e o risco-benefício deve ser considerado. A AAOMS não recomenda a interrupção do medicamento para abordagens cirúrgicas odontológicas em pacientes com osteoporose/osteopenia, pois não há dados científicos que comprovem que a interrupção reduziria os riscos de ONM. Contudo, para os pacientes oncológicos em terapia endovenosa com bisfosfonatos, o medicamento deverá ser suspenso até o completo fechamento da ferida cirúrgica⁶.

XIII. PNEUMOLOGIA

Realizar tratamento de foco infeccioso na cavidade bucal nos casos de pneumonia de repetição ou refratária ao tratamento, principalmente em pacientes idosos.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos, o CD do serviço de OH deverá encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência (UBS e/ou CEO).

A execução de procedimentos curativos deverá ser feita no próprio hospital apenas nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitam limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar, especialmente para pacientes asmáticos graves mal controlados e pacientes dependentes de oxigenoterapia, como os portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

8.1 Conduta Preventiva

A instalação de programas educativos em saúde como instrução de higiene bucal, palestras e aplicação tópica de flúor, por exemplo, é importante para orientar as pessoas sobre as doenças bucais e como evitá-las. A conscientização do usuário fará que ele procure o serviço odontológico antes que a doença se instale e se agrave.

Os cuidados relacionados à higiene bucal são de suma importância, que engloba o atendimento preventivo, a fim de evitar infecções. Portanto, essa assistência ao paciente que se encontra hospitalizado depende da atuação da equipe multiprofissional, trazendo pequenos cuidados, que quando somados, proporcionam uma melhor qualidade de vida.

Em conjunto, as ações de diagnóstico precoce são medidas preventivas para realizar procedimento com celeridade ao paciente que está com o quadro sistêmico alterado. A alteração sistêmica é influenciada, diretamente ou indiretamente, por fatores inflamatórios e infecciosos com origem bucal.

O atendimento tem como objetivo a prevenção de agravos de doenças sistêmicas. Dentre elas estão: prevenção de pneumonia, endocardite bacteriana, agravos renais, descompensação da diabetes, parto prematuro e alterações na cavidade bucal causadas por terapias medicamentosas e radioterápicas.

As recomendações apresentadas neste Protocolo quanto aos atendimentos odontológicos de pacientes com comprometimento sistêmico são aplicáveis e relevantes para o atendimento desses grupos também no âmbito dos outros níveis assistenciais, como primário e secundário, garantindo a continuidade do cuidado e a implementação de práticas baseadas em evidências em todos os níveis da assistência odontológica.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Biópsia: remoção cirúrgica de fragmento de tecido em um indivíduo vivo, podendo ser incisional (remoção parcial) ou excisional (remoção total). Visa identificar a lesão por meio de diagnóstico histopatológico, podendo também ser realizadas culturas, imunohistoquímica, imunofluorescência, dentre outros.

Citologia esfoliativa: raspagem da superfície da mucosa, sendo um procedimento destinado à análise microscópica de células superficiais da mucosa bucal e, quando necessário, complementado por biópsia.

Exodontia: remoção cirúrgica de um dente ou de raízes dentárias residuais.

Pulpectomia: remoção do tecido pulpar do sistema de canais radiculares, seguida de limpeza, do medicamento intracanal e restauração provisória do dente.

Punção biópsia aspirativa por agulha fina: aspiração de células por meio de agulha fina. Tem por objetivo a identificação de padrões morfológicos celulares, bem como a detecção de infecções por intermédio da cultura microbiana do material coletado.

Tratamento periodontal: raspagens sub e supragengivais para remoção de cálculos dentários.

Tratamento restaurador: remoção da cárie e restauração com material provisório ou definitivo.

Observação: tratamento endodôntico, cirurgias periodontais, bem como confecção de próteses não constituem procedimentos prioritários em OH, devendo o paciente ser referenciado à um Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs) para realização desses procedimentos.

8.3 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico desempenha um papel fundamental na abordagem terapêutica da odontologia hospitalar, sendo essencial para a gestão eficaz de condições bucais complexas e procedimentos cirúrgicos associados. A prescrição de medicamentos adequados visa controlar a dor, reduzir a inflamação e prevenir infecções, garantindo assim o bem-estar do paciente durante e após intervenções odontológicas hospitalares. A escolha criteriosa de agentes farmacológicos leva em consideração fatores como a saúde sistêmica do paciente, potenciais interações medicamentosas e a natureza específica da condição bucal a ser tratada. Além disso, a monitorização atenta dos efeitos colaterais e a integração entre profissionais de saúde são aspectos cruciais para otimizar a eficácia do tratamento farmacológico em odontologia hospitalar, assegurando assim uma abordagem integral e segura no cuidado do paciente.

8.3.1 FÁRMACO(S)

Quadro 2 - Relação de Medicamentos Padronizados - REME-DF

Código	Descrição	Grupo Farmacológico	Farmácia
90703	Amoxicilina + Clavulanato de potássio comprimido revestido 500mg +125mg	Antibacterianos beta- lactâmicos, Penicilinas	UBS e uso Hospitalar
90702	Amoxicilina + Clavulanato de potássio pó p/ susp oral 50mg/ml + 12,5mg/ml frasco 75 ou 100ml	Antibacterianos beta- lactâmicos, Penicilinas	UBS e uso Hospitalar
90895	Amoxicilina cápsula ou comprimido 500 mg	Antibacterianos beta- lactâmicos, Penicilinas	UBS e uso Hospitalar
90896	Amoxicilina pó para suspensão oral 250mg/5ml frasco 150 ml com doseador	Antibacterianos beta- lactâmicos, Penicilinas	UBS e uso Hospitalar
90106	Azitromicina comprimido 500 mg	Lincosaminas e estreptograminas, macrolídeos	UBS e uso Hospitalar
20127	Azitromicina po para suspensão oral com 900 mg para preparo de suspensão de 40 mg/mL frasco 22,5 mL	Lincosaminas e estreptograminas, macrolídeos	UBS e uso Hospitalar
90884	Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg	Lincosaminas e estreptograminas, macrolídeos	UBS e uso Hospitalar
90885	Cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50mg/ml frasco 100ml com doseador	Outros antibacterianos beta-lactâmicos	UBS e uso Hospitalar
90889	Ceftriaxona pó para solução injetável 1g frasco-ampola (via de administração IV ou IV e IM)	Outros antibacterianos beta-lactâmicos	UBS e uso Hospitalar
90099	Clindamicina (cloridrato) cápsula 300mg	Lincosaminas e estreptograminas, macrolídeos	UBS e uso Hospitalar
90355	Dexametasona comprimido 4mg	Corticosteróides de uso sistêmico, isolado	UBS e uso Hospitalar
90062	Dipirona solução oral 500mg/ml frasco 10ml	Outros analgésicos e antipiréticos	UBS e uso Hospitalar
90948	Doxiciclina drágea ou comprimido revestido 100mg	Tetraciclinas	UBS e uso Hospitalar
11087	Ibuprofeno comprimido 600mg	Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos não esteróides	UBS e uso Hospitalar
24503	Ibuprofeno suspensão oral 50mg/ml frasco gotas 30ml	Produtos antiinflamatórios e antirreumáticos não esteróides	UBS e uso Hospitalar
90909	Metronidazol (benzoil) suspensão oral 40 mg/mL frasco de 80 mL a 120 mL com doseador	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias	UBS e uso Hospitalar
90708	Metronidazol comprimido 400mg	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias	UBS e uso Hospitalar
20060	Paracetamol comprimido 500mg	Outros analgésicos e antipiréticos	UBS e uso Hospitalar
90314	Paracetamol solução oral 200mg/ml frasco 15ml	Outros analgésicos e antipiréticos	UBS e uso Hospitalar
90286	Prednisolona solução oral 3 mg/mL frasco de 100 a 120 mL com doseador	Corticosteróides de uso sistêmico, isolado	UBS e uso Hospitalar
90218	Tramadol (cloridrato) solução injetável 50 mg/mL ampola 2 mL	Opiáceos	Uso Hospitalar

Fonte: Quadro elaborado pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.

8.3.2 Esquema de Administração

Medicamento (apresentação)	Posologia
Amoxicilina + Clavulanato de potássio pó p/ susp oral 50mg/mL + 12,5mg/mL frasco 75 ou 100mL	10mL de 8/8h VO, durante 7 dias
Amoxicilina + Clavulanato de potássio comprimido revestido 500mg +125mg	1cp de 8/8h VO, durante 7 dias
Amoxicilina cápsulas ou comprimidos 500mg	1cp de 8/8h VO, durante 7 dias
Amoxicilina pó para suspensão oral 250mg/5mL frasco 150 mL	10mL de 8/8h VO, durante 7 dias
Azitromicina comprimido 500mg	1cp VO em dose única
Cefalexina drágea ou comprimidos 500mg	1cp de 6/6h VO, durante 7 dias
Cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50mg/ml frasco 100ml com doseador	10mL de 6/6h VO, durante 7 dias
Clindamicina (cloridrato) cápsula 300mg	2cp de 8/8h VO, durante 7 dias
Clindamicina solução injetável 150mg/mL ampola 4mL	600mg (1amp) de 8/8h EV, durante 7 dias
Ceftriaxona pó para solução injetável 1g frasco-ampola (via de administração IV ou IV e IM)	2g 1x/dia EV, por 7 a 14 dias
Dexametasona comprimido 4mg	4mg VO em dose única
Dexametasona solução injetável 4mg/mL 2,5mL ampola ou frasco-ampola	10mg EV em dose única
Dipirona solução oral 500mg/mL frasco 10mL	1g (2mL) SOS até de 6/6h VO, enquanto o sintoma persistir
Dipirona solução injetável 500mg/mL 2mL	1g (1amp) SOS até de 6/6h EV, enquanto o sintoma persistir
Doxiciclina drágea ou comprimido revestido 100mg	1cp 1x/dia VO em dose única
Ibuprofeno comprimido 600mg	1cp de 6/6h VO, enquanto o sintoma persistir
Ibuprofeno suspensão oral 50mg/ml frasco gotas 30mL	12mL de 6/6h VO, enquanto o sintoma persistir
Metronidazol comprimido 400mg	1cp de 8/8h VO, durante 7 dias
Metronidazol (benzoil) suspensão oral 40mg/mL frasco de 80mL a 120 mL com doseador	16mL de 8/8h VO, durante 7 dias
Paracetamol comprimido 500mg	1cp de 6/6h VO, enquanto o sintoma persistir
Paracetamol solução oral 200mg/ml frasco 15ml	3 a 5mL de 6/6h VO, enquanto o sintoma persistir
Tramadol (cloridrato) solução injetável 50 mg/mL ampola 2mL	100mg (1amp) de 12/12h EV, enquanto o sintoma persistir
Metronidazol comprimido 400mg	1cp de 8/8h VO, durante 7 dias
Metronidazol (benzoil) suspensão oral 40mg/mL frasco de 80mL a 120mL com doseador	16mL de 8/8h VO, durante 7 dias
Paracetamol comprimido 500mg	1cp de 6/6h VO, enquanto o sintoma persistir
Tramadol (cloridrato) solução injetável 50mg/mL ampola 2mL	100mg (1amp) de 12/12h EV, enquanto o sintoma persistir

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 7 a 10 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação a medicamento prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.

9 Benefícios Esperados

- Remoção da dor, eliminação de infecções odontogênicas, tumefações e lesões de cárie;
- Eliminação do risco de complicação sistêmica devido à evolução de certas doenças odontológicas que não foram tratadas.

10 Monitorização

A Odontologia Hospitalar permeia várias especialidades médicas e não médicas. A monitorização em cada unidade hospitalar ocorrerá em parceria com o Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH), como as pneumonias hospitalares e endocardites. Além do NCIH, os hospitais possuem o Núcleo de Segurança do Paciente que realiza o gerenciamento dos incidentes assistenciais. Os indicadores são divulgados conforme necessidade de cada serviço. O CD deverá participar e ter conhecimentos destes dados.

Exemplos de Indicadores a serem monitorados:

Finalidade de monitoramento	Local de monitoramento	Indicador
Procedimentos	Info Saúde (https://info.saude.df.gov.br/produktividadehospitalar/)	Número de procedimentos por produtividade de hospital Filtro: Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de CD
Infecção	NCIH	Índice de pneumonia associada à ventilação mecânica
Dor odontogênica	Escala Visual Analógica - EVA	A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente. É um instrumento importante para verificar a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais precisa. Também é útil para podermos analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor. EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente

11 Acompanhamento Pós-tratamento

Após o atendimento no serviço de Odontologia Hospitalar da SES/DF o acompanhamento do paciente deverá ser realizado na UBS de sua referência após sua alta hospitalar.

O CD, também, poderá encaminhar o paciente para atendimento nas especialidades odontológicas por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) seguindo as recomendações das Notas Técnicas da SES/DF.

12 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

ANEXO I.

13 Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação, controle e avaliação serão realizadas por meio dos dados coletados em cada unidade de saúde da SES/DF, de forma mensal nos sistemas de informação. Nas unidades sem sistema eletrônico a produtividade mensal será avaliada pelas fichas de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O Protocolo será amplamente divulgado junto aos CDs da SES/DF independente do nível assistencial.

14 Referências Bibliográficas

1. Respiratórias. In: Rose, L. E., Genco, R. J., Mealy, B. L. et al. Medicina Periodontal. São Paulo: Santos, 2002; 8: 3-97.
2. Scannapieco, F.A., Rossa Júnior, C. Doenças Periodontais versus Doenças Respiratórias. In: Brunetti, M. C. Periodontia Médica. São Paulo: Senac, 2004; 391- 409.
3. Toledo, G., Cruz, I. The importance of the oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection - Sistematic Literature Review. Journal of Specialized Nursing Care, 2009: 2 (1).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes com Coagulopatias Hereditárias. Brasília (DF), 2008.
5. Alexander R.E. Dental extraction wound management: a case against medicating post extraction sockets. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58:538-51.
6. Ruggiero S.L., Dodson T.B. et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw – 2014 update. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72(10):1938-56
7. Netto, Augusto Pimazoni et al. Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 45, n. 1,31-48, Feb. 2009.

8. Wong R.J., Ahmed A., Gish R.G. Elevated alpha-fetoprotein: differential diagnosis – hepatocellular carcinoma and other disorders. Clin Liver Dis. 2015; 19(2):309-23.
9. Varellis, Maria Lucia Zarvos. Odontologia Hospitalar. 1ª edição. São Paulo: Santos, 2018.
10. INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>.
11. Martinez R.C., Sathasivam H.P. et al. Clinicopathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx in young patients. J Oral Maxillofac Surg. 2018 May;56(4):332-337.
12. Eduardo F.P., Bezinelli L.M., Corrêa, L. Odontologia Hospitalar - Manuais de Especialização. Editora Manole, 2018.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF), 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.
14. American Dental Association. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling - A report from the American Dental Association. JADA 2019;150(11):906-921.
15. Amadei S.U., Carmo E.D. et. al. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. Rev Gaúcha Odontol., v.59, p. 31-37, jan./jun., Porto Alegre, 2011.

ANEXO I
CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Paciente: _____ DN: ____/____/____

Eu, _____, RG _____ na
qualidade de responsável pelo (a) paciente internado (a) no _____
clínica _____ leito _____ e autorizo o atendimento odontológico do
(a) paciente supracitado (a). Tenho conhecimento que o (s) procedimento (s) odontológico (s) será (ão)
realizado (s) na Unidade/Enfermaria _____ do hospital
_____. Declaro estar ciente de que o atendimento odontológico
gera riscos ao (à) paciente, tais como: fraturas de instrumentos, fraturas de dentes, reações alérgicas,
infecções pós-operatórias, emergências médicas em geral, deglutição e /ou aspiração de instrumentos
e/ou líquidos/secreções, sangramentos (hemorragias), e fui alertado (a) que a falta desse também pode
prejudicar o (a) paciente.

Entendo a importância da saúde bucal e comprometo-me a seguir as orientações prescritas pela
equipe. Declaro estar de acordo com o (s) procedimento (s) proposto (s):

Declaro que sei ler e escrever em português.

Brasília-DF, ____ de _____ de 20____.

Responsável pelo paciente

Cirurgião (ã) Dentista