



CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE ATENDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL A PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Jackson Jhonatan Vieira do Nascimento¹, Wesley Danilo de Oliveira², Luana Florencio de Lima Ramos², Reinaldo Dias da Silva Neto³.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p114-133>

Artigo recebido em 23 de Maio e publicado em 03 de Julho de 2025

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

No Brasil, a incidência e a prevalência da Doença Renal Crônica (DRC), assim como a frequência de seus fatores de risco, vêm aumentando progressivamente. Estima-se que aproximadamente 90% dos pacientes renais apresentem alterações bucais associadas, decorrentes da própria condição sistêmica, dos efeitos das terapias adotadas ou de ambos. Ressalta-se que o atendimento odontológico a esses indivíduos demanda cuidados específicos, sobretudo em procedimentos cirúrgicos, os quais podem apresentar maior complexidade em razão da função renal comprometida. Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao atendimento cirúrgico ambulatorial de pacientes com DRC, identificando, a partir dos dados obtidos, as principais lacunas relacionadas ao tema. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, com abordagem quali-quantitativa, conduzida por meio da aplicação de um questionário estruturado. A população investigada foi composta por cirurgiões-dentistas que realizam atendimentos cirúrgicos ambulatoriais em serviços públicos de saúde nos municípios de Natal e Parnamirim, estado do Rio Grande do Norte (RN). Os resultados evidenciam lacunas significativas no conhecimento clínico dos profissionais, especialmente quanto às condutas cirúrgicas e terapêuticas frente à doença renal. Tais achados reforçam a necessidade de maior disseminação das recomendações científicas atualizadas e da criação de protocolos clínicos que assegurem um atendimento odontológico seguro e eficaz a essa população.

Palavras-chave: Cirurgia Bucal. Doença Renal Crônica. Odontologia. Sistema Único de Saúde.



KNOWLEDGE OF DENTISTS REGARDING OUTPATIENT SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

ABSTRACT

In Brazil, the incidence and prevalence of Chronic Kidney Disease (CKD), as well as the frequency of its risk factors, have been progressively increasing. It is estimated that approximately 90% of patients with kidney disease present associated oral alterations, resulting from the systemic condition itself, the effects of adopted therapies, or both. It is noteworthy that dental care for these individuals requires specific precautions, especially during surgical procedures, which may be more complex due to impaired renal function. This study aimed to evaluate the level of knowledge of dentists regarding outpatient surgical care for patients with CKD, identifying, from the data obtained, the main gaps related to the topic. This is a field study, descriptive in nature, with a qualitative-quantitative approach, conducted through the application of a structured questionnaire. The investigated population consisted of dentists who perform outpatient surgical procedures in public health services in the municipalities of Natal and Parnamirim, in the state of Rio Grande do Norte (RN), Brazil. The results reveal significant gaps in the clinical knowledge of professionals, especially concerning surgical and therapeutic management in the context of kidney disease. These findings highlight the need for broader dissemination of updated scientific recommendations and the development of clinical protocols to ensure safe and effective dental care for this population.

Keywords: Oral Surgery. Chronic Kidney Disease. Dentistry. Unified Health System (SUS).

Instituição afiliada – ¹Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde Coletiva - Faculdade Iguaçú.

²Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU Natal/RN.

³Cirurgião-Dentista, Doutor em Odontologia Restauradora - FORP-USP. Docente do curso de Odontologia da UNINASSAU Natal/RN.

Autor correspondente: Jackson Jhonatan Vieira do Nascimento jhonvieira134@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Os rins desempenham funções vitais no organismo, como a manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, regulação do volume de fluidos corporais, controle da pressão arterial, filtração e excreção de resíduos metabólicos e fármacos, produção de células vermelhas e ativação da vitamina D. Além disso, participam da síntese e metabolismo de hormônios como a renina, eritropoetina e prostaglandinas¹.

Entre as patologias que acometem esse órgão, destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC), também conhecida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), caracterizada pela perda parcial ou total e irreversível da função renal. A progressão da doença compromete a capacidade de filtração dos rins, leva à uremia e ao acúmulo de substâncias tóxicas no sangue¹.

No Brasil, observa-se um crescimento significativo na incidência e prevalência da DRC, impulsionado por fatores como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, envelhecimento populacional, doenças cardiovasculares e outras condições sistêmicas^{2,3,4}.

À medida que a função renal declina, ocorre acúmulo de eletrólitos e distúrbios metabólicos que promovem alterações sistêmicas. Estima-se que cerca de 90% dos pacientes renais apresentem manifestações bucais associadas, secundárias ao quadro clínico e/ou à terapêutica empregada^{5,6}. Essas alterações exigem cuidados odontológicos específicos, sobretudo em procedimentos invasivos, devido ao risco aumentado de complicações sistêmicas.

Nesse contexto, a intervenção odontológica adequada tem sido associada à melhora na sobrevida e qualidade de vida desses pacientes, o que demanda que cirurgiões-dentistas estejam capacitados a reconhecer as peculiaridades da DRC e a conduzir o tratamento cirúrgico de forma segura⁷. No entanto, a ausência de protocolos clínicos específicos pode dificultar o manejo, levando à insegurança ou condutas inadequadas por parte dos profissionais⁸.

Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao atendimento cirúrgico ambulatorial de pacientes com DRC, identificando, com base nos dados coletados, as principais lacunas



relacionadas ao tema.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com cirurgiões-dentistas atuantes em serviços públicos de saúde nos municípios de Natal e Parnamirim, estado do Rio Grande do Norte (RN). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Maurício de Nassau e registrado na Plataforma Brasil, sob o parecer nº CAAE: 68534823.8.0000.0223, conforme os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A população-alvo foi composta por cirurgiões-dentistas vinculados à Atenção Primária à Saúde (APS) e aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos dois municípios. A amostra ideal foi estimada em 118 profissionais, com base na fórmula para populações finitas, considerando um universo de 168 dentistas, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. No entanto, a amostra final foi composta por 64 participantes (54,3%), caracterizando uma amostragem por conveniência, em virtude da baixa adesão e das limitações logísticas durante o período de coleta. Essa limitação foi considerada na interpretação dos resultados.

Os critérios de inclusão foram: ser cirurgião-dentista devidamente registrado no Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte (CRO-RN), atuar em unidades públicas da APS ou CEO, realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e concordar em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Profissionais em licença ou com atuação exclusivamente administrativa foram excluídos.

A coleta de dados foi realizada entre maio e setembro de 2023, por meio de um questionário estruturado, elaborado pelos autores com base na literatura científica sobre o tema. O instrumento foi disponibilizado em formato digital (Google Forms) e impresso, contendo questões fechadas e de múltipla escolha distribuídas em blocos temáticos: manifestações bucais, terapias medicamentosas, complicações associadas, exames laboratoriais e condutas clínicas.

Os dados foram organizados e tabulados em planilha eletrônica (Google Sheets), com aplicação de estatística descritiva para análise das variáveis, expressas em



frequências absolutas e relativas. As informações foram tratadas com confidencialidade e de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da faixa etária dos participantes deste estudo revelou que a maioria tinha entre 30 e 34 anos (35,94%), seguidos pelas faixas de 35 a 39 anos e 40 a 44 anos (14,06% cada). A maior parte concluiu a graduação entre 2015 e 2019 (32,81%), e 92,19% possuíam especialização. Quanto ao conhecimento sobre pacientes renais, a maioria o classificou como "Regular" (56,25%) ou "Ruim" (20,31%), enquanto poucos avaliaram como "Bom" (18,75%) ou "Ótimo" (4,69%). Além disso, 54,69% desconheciam os estágios da insuficiência renal, evidenciando uma percepção limitada sobre a condição.

Em um estudo desenvolvido sobre atendimento odontológico aos pacientes com DRC, 37% dos entrevistados afirmaram que ficariam desconfortáveis ao realizarem procedimentos invasivos baseados no nível de conhecimento, complexidade e manifestações oriundas da doença^{9,10}.

Tais pesquisas corroboram com a percepção encontrada no presente estudo em que é possível observar déficit no conhecimento sobre a alteração renal. Conhecer os estágios definidos da doença é fundamental para a implementação de intervenções terapêuticas e evitar a exposição inadequada a agentes nefrotóxicos, sendo possível retardar a progressão da DRC para o estágio terminal¹¹.

No presente estudo, a gengivite e periodontite, infecções fúngicas e odor urêmico foram as manifestações orais mais citadas (Tabela 1). Vale enfatizar que as alterações bucais associadas à DRC não são específicas e sim secundárias às manifestações sistêmicas, além de estarem relacionadas à terapia medicamentosa, imunossupressão, perda óssea, osteodistrofia renal e restrição de ingestão de líquidos¹².

Tabela 1 - Percentual do conhecimento das manifestações bucais mais comuns nos pacientes renais.

Dentre as manifestações bucais mais comuns entre pacientes com insuficiência

renal, quais delas você conhece?			
ALTERNATIVAS	N	%	
Desidratação	27	9,71%	
Erosão Dentária	17	6,12%	
Estomatites Urêmica	29	10,43%	
Gengivite e Periodontite	45	16,19%	
Infecções Fúngicas	35	12,59%	
Manifestações Radiográficas como: Desmineralização Óssea	13	4,68%	
Odor Urêmico	36	12,95%	
Palidez das Mucosas	29	10,43%	
Perda Parcial ou Total da Lâmina Dentária	13	4,68%	
Xerostomia	34	12,23%	

Setenta e cinco por cento dos dentistas entrevistados (Tabela 2), acreditam que a hemodiálise interfere no tratamento odontológico. Por ser um tratamento altamente invasivo, indivíduos que são submetidos, necessitam de atenção especial durante os atendimentos odontológicos. Tendo em vista que, condutas terapêuticas devem ser empregadas considerando a situação sistêmica atual do paciente¹³.

Um dos principais tratamentos empregados na DRC é a hemodiálise¹⁴. Ao serem questionados sobre a viabilidade do paciente que faz hemodiálise ser submetido a procedimentos cirúrgico odontológico, 87,50% dos participantes afirmaram que o procedimento pode ser realizado e um dia após a hemodiálise seria o melhor período para a realização do atendimento (50,00%). O risco de sangramento prolongado no hemodialítico (31,82%) foi a principal complicação apontada neste estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção sobre a interferência da hemodiálise no tratamento odontológico.

A hemodiálise interfere no atendimento odontológico?			
ALTERNATIVAS	N	%	
Sim	48	75,00%	
Não	8	12,50%	
Não sei	8	12,50%	

Paciente renal em hemodiálise pode ser submetido a procedimentos cirúrgicos odontológicos?			
ALTERNATIVAS	N	%	
Sim	56	87,50%	



Não	4	6,25%
Não sei	4	6,25%

Entre os que responderam “SIM”: qual o melhor dia para realização do procedimento cirúrgico odontológico?

ALTERNATIVAS	N	%
Um dia antes da hemodiálise	11	19,64%
Um dia após a hemodiálise	28	50,00%
Dois dias após a hemodiálise	11	19,64%
Não sei	6	10,71%

Quais as complicações decorrentes do tratamento hemodialítico frente ao tratamento cirúrgico odontológico?

ALTERNATIVAS	N	%
Calafrios	7	3,98%
Cefaleia	10	5,68%
Fadiga	16	9,09%
Febre	7	3,98%
Hipotensão	26	14,77%
Infecções	33	18,75%
Náuseas e Vômito	21	11,93%
Risco de sangramento prolongado.	56	31,82%

Pacientes que são submetidos a hemodiálise costumam apresentar diversas complicações durante e após a realização de procedimentos. Dentre as alterações, hipotensão e hipertensão arterial, cãibra, fraqueza, infecções oportunistas, tontura, vômito, hipoglicemia, síncope, sudorese, cefaleia e dispneia são as mais citadas¹⁵.

Vale salientar que, o paciente que é submetido ao procedimento, faz uso de anticoagulantes para manter a permeabilidade do acesso e facilitar a filtração de compostos sanguíneos indesejáveis por meio da membrana de diálise. Além da heparinização, os indivíduos tendem a apresentar anemia e fragilidade capilar, aumentando assim, o risco de hemorragia durante os procedimentos odontológicos cruentos¹⁵.

O tratamento odontológico com risco de sangramento deve ser realizado um dia após a diálise onde o sangue está livre da heparina e metabólitos tóxicos e há tempo suficiente para que ocorra estabilização do coágulo e início do processo de cicatrização. É importante ressaltar que, a heparina possui meia-vida plasmática curta de



aproximadamente 2-4h^{7,16,17}.

As recomendações atuais são pela não interrupção do tratamento com o fármaco, tendo em vista que o risco de hemorragia pré e pós cirurgia dentária é mínimo em comparação com o tromboembolismo consequente à suspensão da terapia anticoagulante. No entanto, toda decisão quanto à suspensão ou manutenção do uso desses medicamentos deve ser tomada em comum acordo com o médico do paciente^{18,19}.

Os procedimentos odontológicos cirúrgicos que envolvem hemorragias trans e pós-operatórias fazem parte da rotina do CD e que medidas hemostáticas locais, na maioria dos casos, são efetivas para resolução das intercorrências²⁰. A literatura não apresenta contraindicação para o procedimento cirúrgico em pacientes hemodialíticos e sugere que as sessões odontológicas sejam realizadas pela manhã, em ambiente silencioso e que movimentos bruscos e inesperados sejam evitados durante a terapia^{20,21}.

Com relação a indicação da profilaxia antibiótica para os pacientes renais, observa-se que 60,94% dos entrevistados afirmam que deve ser empregada antes dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais no determinado grupo de pacientes (Tabela 3). No entanto, estudos apontam a falta de evidências científicas na recomendação da profilaxia antibiótica para a prevenção de endocardite infecciosa (EI) nos pacientes com DRC^{16,22,23}.

Sabe-se que os pacientes em estágio terminal da doença renal têm uma maior suscetibilidade à EI, especialmente se não tiverem controle da doença²⁹. Contudo, a literatura enfatiza que não há casos documentados de EI decorrente de procedimentos dentários neste público. Porém, afirma que podem desenvolver tal complicação causada por bactérias da pele, cuja porta de entrada é a fístula arteriovenosa¹⁷.

Tabela 3 - Percepção dos participantes sobre a administração da profilaxia antibiótica nos pacientes renais.

Deve-se realizar a profilaxia antibiótica antes de cirurgias ambulatoriais?		
ALTERNATIVAS	N	%
Sim	39	60,94%



Não	9	14,06%
Talvez	15	23,44%
Não sei	1	1,56%

Ao iniciar qualquer terapia medicamentosa nos pacientes com DRC, é necessário levar em consideração não apenas a eliminação, mas também as alterações que ocorrem nos processos de absorção, distribuição, metabolização e excreção dos fármacos. Os medicamentos mais afetados pela DRC são excretados principalmente por via renal e o dentista deve estar familiarizado com eles^{25,26}.

Ao serem indagados sobre uso de analgésicos nos pacientes com DRC, 84,38% dos participantes afirmaram que é possível administrar tais fármacos. Dentre eles, 61,11% descrevem que os analgésicos não-opioides são a melhor opção (Tabela 4).

Tabela 4 - Percepção dos participantes sobre a prescrição de analgésicos para pacientes renais.

Posso administrar analgésicos neste grupo?		
ALTERNATIVAS	N	%
Sim	54	84,38%
Não	0	0,00%
Não sei	10	15,63%
Entre os que responderam "SIM": qual a melhor classe indicada?		
ALTERNATIVAS	N	%
Analgésicos Não-Opióides	33	61,11%
Analgésicos Opióides	11	20,37%
Associação de Ambos	1	1,85%
Não sei	9	16,67%

Analgésicos de ação central podem ser utilizados com segurança, desde que tenham o metabolismo realizado no fígado. O paracetamol é a melhor escolha para o tratamento da dor. O fármaco é eficaz e seguro em dose de até 90 mg/kg ou 4g/dia e em doses terapêuticas a toxicidade renal raramente acontece²⁷. Além disso, não há necessidade de ajuste da dose, porém, recomenda-se aumentar o intervalo de 6 para 8 horas quando a TFG estiver inferior a 10 ml/min^{16,28}.

Ainda, dois analgésicos opioides, a metadona e o fentanil, têm sido seguros para pacientes com DRC. Nos casos de dores moderadas a intensas, o tramadol pode ser o opioide

de escolha. Sobre o uso de anti-inflamatórios em pacientes renais, 67,19% afirmam que tais fármacos podem ser empregados nos pacientes renais. 53,49% alegam que os corticosteroides são a melhor escolha^{17,25} (Tabela 5).

Tabela 5 - Opinião dos participantes sobre a prescrição de anti-inflamatório para pacientes renais.

Posso administrar anti-inflamatórios neste grupo?		
ALTERNATIVAS	N	%
Sim	43	67,19%
Não	10	15,63%
Não sei	11	17,19%
Entre os que responderam "SIM": qual a melhor classe indicada?		
ALTERNATIVAS	N	%
Anti-Inflamatórios Não Esteroides	16	37,21%
Corticoides	23	53,49%
Associação de Ambos	3	6,98%
Não sei	1	2,33%

Os corticosteroides são opções seguras, se utilizados em doses baixas a moderadas. O tratamento prolongado com altas doses produz supressão da função adrenal, o que predispõe o paciente a sofrer complicações agudas e crise adrenal, quando exposto a situações estressantes como doença, infecção ou cirurgia^{29,30}.

Em dosagens elevadas a longo prazo, os Anti-inflamatórios Não-Esteroidais (AINEs) são nefrotóxicos e têm sido associados a muitas formas de doença renal. No paciente saudável e bem hidratado, o tratamento de curto prazo com AINEs não é clinicamente prejudicial, mas em pacientes com doença renal pré-existente pode levar ao aumento da nefrotoxicidade²⁵. Dessa forma, seu uso deve ser evitado, pois pode levar a um declínio acentuado da função renal e inibir a ação das prostaglandinas, que desempenham um papel fundamental na preservação da hemodinâmica renal²⁷.

Além do mais, vale salientar que pacientes renais são mais suscetíveis a efeitos colaterais adversos de certos medicamentos, resultando em níveis de tolerância reduzidos em comparação com pacientes normais⁷. Esta pesquisa ainda coletou a opinião sobre a prescrição de antibióticos para pacientes renais em que 93,75% afirmaram que o referido fármaco pode ser administrado neste grupo de pacientes. As penicilinas foram as mais citadas como primeira

escolha (43,37%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Percepção dos participantes sobre o uso de antibióticos em pacientes renais.

Posso administrar antibióticos neste grupo?		
ALTERNATIVAS	N	%
Sim	60	93,75%
Não	0	0,00%
Não sei	4	6,25%

Entre os que responderam "SIM": qual a melhor classe indicada?

ALTERNATIVAS	N	%
Associações	13	15,66%
Cefalosporinas	15	18,07%
Lincosamidas	2	2,41%
Macrolídeos	5	6,02%
Penicilinas	36	43,37%
Quinolonas	1	1,20%
Tetraciclina	1	1,20%
Não sei	10	12,05%

A prescrição de amoxicilina (penicilina) pode incluir doses de 500 mg de 8 em 8 horas para aqueles indivíduos com TFG maior que 50 ml/min, enquanto aqueles com TFG entre 10 ml e 50 ml/min devem receber uma dose a cada 12 horas e menor que 10 ml/min devem ser administrado uma dose a cada 24 horas. A azitromicina (macrolídeo) e a clindamicina (lincosamida) em geral não necessitam de ajustes das doses ou aumento do intervalo entre elas^{17,26}.

O metronidazol, quando empregado por tempos curtos (3-5 dias), não requer ajustes nas doses e posologias habituais por ser bem dialisável. O Ciprofloxacino (quinolona) necessita de ajuste de dose conforme a TFG do paciente. As tetraciclina, cefalosporinas e os aminoglicosídeos não devem ser utilizadas em pacientes com problemas renais, pois são nefrotóxicas e contribuem para o acúmulo de ureia^{17,26}.

Perguntados sobre a sedação mínima nos pacientes com insuficiência renal, 46,88% dos participantes desta pesquisa afirmaram não saber se seria possível administrar fármacos para esta finalidade (Tabela 7).

Tabela 7 - Opinião dos participantes sobre o uso de sedativos em pacientes renais.

Posso administrar sedativos neste grupo?		
ALTERNATIVAS	N	%
Sim	30	46,88%
Não	4	6,25%
Não sei	30	46,88%
Entre os que responderam "SIM": qual a melhor classe indicada?		
ALTERNATIVAS	N	%
Benzodiazepínicos	15	50,00%
Propofol	3	10,00%
Não sei	12	40,00%

Os benzodiazepínicos de ação prolongada que possuem metabólitos ativos com meia-vida longa, devem ser reduzidos a dose e evitado doses repetidas nos pacientes renais. É possível empregar benzodiazepínicos de ação curta, como o midazolam 7,5 mg^{17,25}.

O propofol é comumente utilizado em procedimentos cirúrgicos que exigem maior nível de sedação e é seguro para pacientes com insuficiência renal por ser extensivamente metabolizado pelas enzimas hepáticas³¹. Ainda nesta pesquisa, os dentistas foram questionados sobre a possibilidade de realizar anestesia local nos pacientes renais, qual o sal anestésico mais indicado e a percepção sobre o uso de vasoconstrictor. Os resultados podem ser vistos na tabela 8.

Tabela 8 - Visão dos participantes sobre a administração de anestésico local e o uso de vasoconstrictor nos pacientes renais.

Posso administrar anestésico local neste grupo?		
ALTERNATIVAS	N	%
Sim	60	93,75%
Não	0	0,00%
Não sei	4	6,25%
Entre os que responderam "SIM": qual o mais indicado?		
ALTERNATIVAS	N	%
Articaína	5	7,35%
Lidocaína	43	63,24%
Mepivacaína	9	13,24%
Prilocaína	4	5,88%
Não sei	7	10,29%

Acredita que o anestésico com vasoconstritor é prejudicial ao paciente renal?

ALTERNATIVAS	N	%
Sim	22	34,38%
Não	33	51,56%
Não sei	9	14,06%

Anestésicos com metabolização hepática, como a lidocaína, podem ser empregados com cautela nos pacientes renais⁷. Deve ser administrado no máximo dois tubetes de articaína 4% ou lidocaína 2% com epinefrina 1:100.00 ou 1:200.00 por sessão¹⁷.

A prilocaína 3% com felipressina, exceto em pacientes anêmicos, também pode ser indicada e o uso da mepivacaína deve ser evitado devido a metabolização hepática e excreção renal mais lenta¹⁷. Não há restrição quanto ao tipo de vasoconstritor e que em qualquer sal anestésico, deve-se reduzir em 30% a dose máxima por consulta³².

Os participantes também foram perguntados a respeito da existência de contraindicação absoluta para a realização de cirurgia odontológica em pacientes renais e as repercussões locais que podem contraindicar o procedimento cirúrgico. Quanto à existência de contraindicação absoluta para a realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos em pacientes renais, a maioria dos participantes (54,69%) acredita que não há contraindicações absolutas, enquanto 17,19% consideram que há contraindicação e 28,13% relataram não saber opinar sobre o tema.

Em relação às repercussões locais que podem contraindicar os procedimentos cirúrgicos odontológicos nesses pacientes, a radioterapia no local foi a alternativa mais mencionada, representando 36,50% das respostas, seguida por neoplasia maligna (27,74%) e infecção local (26,28%). Outras causas relatadas incluíram doença periodontal (5,84%) e cárie (2,19%). Um pequeno percentual (1,46%) declarou não saber identificar possíveis repercussões locais que poderiam contraindicar tais procedimentos.

Dentes com prognóstico ruim ou incerto devem ser extraídos. No entanto, as principais manifestações locais que contraindicam o procedimento cirúrgico são os casos em que os dentes estão localizados dentro de área de tumor maligno, pois pode disseminar células malignas e, conseqüentemente, semear metástases^{21,34}.

O processo infeccioso ou inflamatório agudo vigente é contraindicação local para o procedimento cirúrgico e recomendam que a infecção/inflamação aguda deve ser tratada



antes da extração. São contraindicadas extrações em áreas de radiação pois podem causar osteorradionecrose e, portanto, as cirurgias devem ser feitas antes do tratamento radioterápico^{33,34}.

Ao serem questionados sobre a solicitação de exames complementares para os pacientes com insuficiência renal antes do procedimento cirúrgico ambulatorial, os participantes expressaram suas opiniões que podem ser vistas na Tabela 9.

Tabela 9 - Opinião dos participantes sobre quais exames laboratoriais solicitar e a necessidade da aferição da pressão arterial pré-cirurgia.

Diante de uma cirurgia odontológica ambulatorial em pacientes com insuficiência renal quais os exames complementares você solicitaria para este grupo?

ALTERNATIVAS	N	%
Cálcio	15	4,56%
Coagulograma	43	13,07%
Creatinina	39	11,85%
Glicose	36	10,94%
Hemograma	46	13,98%
Sódio	26	7,90%
TFG	11	3,34%
TP	23	6,99%
TS	25	7,60%
TTP	16	4,86%
Ureia	37	11,25%
Não solicitaria	3	0,91%
Não sei	9	2,74%

No tratamento de qualquer paciente renal, exames pré-operatórios devem ser solicitados para se avaliar aspectos sistêmicos relevantes ao procedimento cirúrgico e assim permitir uma melhor elaboração do plano de tratamento³⁵.

Ao submeter o paciente renal ao procedimento cirúrgico, deve ser solicitado um hemograma para analisar a condição da anemia e avaliar as doenças de base, coagulograma contendo tempo de sangramento (TS) para verificar o processo de formação do tampão plaquetário, tempo de protrombina (TP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) visando analisar as vias de coagulação³⁶.

O INR (Índice de Normalização Internacional), encontrado no TP, deve apresentar resultados menores que 3,5 e maiores que 1 para a realização de procedimentos cirúrgicos simples, mas o ideal é que esse resultado seja discutido com o nefrologista antes da realização do procedimento³⁵.

Além disso, os exames para verificar a taxa de filtração glomerular (TFG), Ureia, Creatinina e Urina I também são importantes para o monitoramento adequado da doença renal. Recomendando que a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sejam as doenças mais frequentes na DRC e que essas condições também devem ser verificadas^{7,36}.

A pressão arterial (PA) deve ser monitorada durante todo o atendimento cirúrgico odontológico⁷ e deve ser evitada a compressão no braço com a fístula arteriovenosa, utilizando assim, o outro membro para aferição da pressão arterial¹². 100% dos profissionais entrevistados afirmaram a necessidade da monitorização da PA antes do procedimento cirúrgico.

A grande maioria dos entrevistados (96,88%) acredita que os cuidados pós-operatório em pacientes renais devem ser maiores e apontam as possíveis complicações trans-operatórias que este grupo de pacientes podem sofrer (Tabela 10).

Tabela 10 - Percepção dos entrevistados sobre os cuidados e complicações pós-operatórias.

Com relação ao pós-operatório de um procedimento cirúrgico em pacientes renais, você acredita que os cuidados devem ser maiores?			
ALTERNATIVAS	N	%	
Sim	62	96,88%	
Não	2	3,13%	
Não sei	0	0,00%	

Dentre essas, quais complicações trans-operatórias um paciente renal pode sofrer?			
ALTERNATIVAS	N	%	
AVE	8	7,41%	
Choque	11	10,19%	
Hemorragia	54	50,00%	
Parada Cardiorrespiratória	13	12,04%	
Síncope	22	20,37%	



O procedimento cirúrgico, assim como a reabilitação em pacientes portadores de DRC, apresenta um desafio devido à nefropatia de base, às comorbidades e ao tratamento médico associado. Pacientes com insuficiência renal apresentam risco aumentado de infecção devido à disfunção imunológica sistêmica. Por possuírem distúrbios do metabolismo mineral e eletrolítico, este grupo de pacientes também podem apresentar mal súbito, fraqueza, náusea, vômito e hipotensão^{37,38}.

Embora não esteja associado ao procedimento cirúrgico e sim a anormalidades vasculares como placas ateroscleróticas e calcificação vascular, os portadores de DRC apresentam atraso na resposta das alterações no volume de fluidos, o que pode resultar em complicações irreversíveis, como necrose do cólon e acidente vascular encefálico (AVE)³⁹.

Este estudo mostrou que a grande maioria dos dentistas (90,63%) acredita que é necessário avaliação médica assim como também, 98,44% apontam a necessidade de um planejamento multidisciplinar antes do procedimento cirúrgico odontológico. É enfatizado na literatura que o CD deve trabalhar de forma interdisciplinar durante a assistência ao paciente renal⁷. Ademais, é necessário intensa comunicação entre o dentista e o médico nefrologista e que as intervenções odontológicas sejam coordenadas em conjunto, considerando a possível deterioração do estado geral do paciente durante e após o tratamento¹⁶.

Embora o número de participantes não tenha atingido a amostra ideal estimada, os dados coletados revelam percepções consistentes que apontam lacunas no conhecimento clínico dos cirurgiões-dentistas frente ao atendimento de pacientes com DRC. A limitação amostral, causada por fatores operacionais e logísticos durante a coleta, não invalida os achados, mas sugere cautela na generalização dos resultados. Ainda assim, os dados reforçam a necessidade de aprofundar as discussões acadêmicas e práticas sobre o tema, com vistas à elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidências.

CONCLUSÃO

O conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento cirúrgico ambulatorial a pacientes com Doença Renal Crônica apontou limitações, especialmente quanto às condutas clínicas e ao uso de medicamentos, reforçando a necessidade de novos estudos e protocolos estruturados sobre o assunto para que seja assegurado um atendimento holístico e eficaz, objetivando uma adequada saúde bucal, prestação de procedimentos cirúrgicos com



segurança e melhor longevidade e sobrevida para tal público.

REFERÊNCIAS

1. Kim YJ, Moura LM, Caldas CP, Perozini C, Ruivo GF, Pallos D. Evaluation of periodontal condition and risk in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Einstein (São Paulo)*. 2017;15(2):173–7.
2. Nerbass FB, Lima HN, Thomé FS, Vieira Neto OM, Lugon JR, Sesso R. Brazilian Dialysis Survey 2020. *Braz J Nephrol*. 2022.
3. Pereira BJ, Barreto S, Gentil T, Assis LS, Soeiro E, Castro ID, et al. Risk factors for the progression of chronic kidney disease after acute kidney injury. *Braz J Nephrol*. 2017;39:239–45.
4. Bastos MG, Kirsztajn GM. Chronic kidney disease: importance of early diagnosis, immediate referral and structured interdisciplinary approach to improve outcomes in patients not yet on dialysis. *Braz J Nephrol*. 2011;33(1):93–108.
5. Raimundo MC, Machado ÉR, Figueiredo AL, Beanes G. Manejo odontológico do paciente renal crônico: uma revisão de literatura. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia*. 2017;47(1).
6. Pradhan D, Sharma L, Srivastava R, Shukla M, Singh O, Pratik. Assessment of oral health status and inflammatory markers in end stage chronic kidney disease patients: a cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(5):2264.
7. Medeiros NH, Neves RRA, Amorim JNC, Mendonça SMS. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico: revisão de literatura. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2017;26(3):232.
8. Sturgill J, Howell S, Perry MM, Kothari H. Protocols for treating patients with end-stage renal disease: a survey of undergraduate dental programs. *Spec Care Dentist*. 2016;36(6):321–4.
9. Souza CG, Melo FA, Fonseca GP, Lucinda MF. Avaliação do conhecimento de dentistas de um município de Minas Gerais sobre o atendimento de pacientes com doença renal crônica. *HU Rev*. 2023;49:1–9.
10. Andrade N, Gallottini M. Knowledge and attitudes of Brazilian dentists towards the dental treatment of chronic kidney disease patients. *J Oral Diagn*. 2020;5:1–6.
11. Ammirati AL. Chronic kidney disease. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(Suppl 1):s03–9.
12. Klassen JT, Krasko BM. The dental health status of dialysis patients. *J Can Dent Assoc*. 2002;68(1):34–8.
13. Rodakowska E, Wilczyńska-Borawska M, Fryc J, Baginska J, Naumnik B. Oral health-related quality of life in patients undergoing chronic hemodialysis. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:955–61.
14. Pereira ER, Ribeiro IML, Ruas EFG, Silva PLN, Gonçalves RPF, Diamantino NAM. Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal



- crônica. *Rev Enferm Cent Oeste Min.* 2014.
15. Sousa MNA, Medeiros RC, Costa TS, Moraes JC, Diniz MB. Comorbidades de pacientes renais crônicos e complicações associadas ao tratamento hemodialítico. *FIEP Bull.* 2015;85:1–6.
 16. Costantinides F, Castronovo G, Vettori E, Frattini C, Artero ML, Bevilacqua L, et al. Dental care for patients with end-stage renal disease and undergoing hemodialysis. *Int J Dent.* 2018;2018:1–8.
 17. Andrade E. *Terapêutica medicamentosa na odontologia.* 3rd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2014.
 18. Mendes ES, Melo FB, Lorenzi SCS, Uzeda MJ, Resende RF. Cuidados que o cirurgião-dentista deve tomar no momento de tratar cirurgicamente um paciente em uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários. *Rev Flum Odontol.* 2022;2(58):81–90.
 19. Santos GPJ, Silva MM, Santos JAN, Oliveira MA, Santos AA, Lopes SAS, et al. Exodontia nos pacientes em terapia anticoagulante: uma revisão de literatura. *Braz J Health Rev.* 2023;6(1):2464–73.
 20. Morimoto Y, Niwa H, Minematsu K. Risk factors affecting postoperative hemorrhage after tooth extraction in patients receiving oral antithrombotic therapy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(6):1550–6.
 21. Georgakopoulou E, Ahtari M, Afentoulide N. Dental management of patients before and after renal transplantation. *Stomatologija.* 2011;13(4):107–12.
 22. Goff DA, Mangino JE, Glassman AH, Goff D, Larsen P, Scheetz R. Review of guidelines for dental antibiotic prophylaxis for prevention of endocarditis and prosthetic joint infections and need for dental stewardship. *Clin Infect Dis.* 2019;71(2):455–62.
 23. Thornhill MH, Gibson TB, Yoon F, Dayer MJ, Prendergast BD, Lockhart PB, et al. Antibiotic prophylaxis against infective endocarditis before invasive dental procedures. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(11).
 24. Gutiérrez JL, Bagán J, Bascones A, Llamas R, Llena J, Morales A, et al. Consensus document on the use of antibiotic prophylaxis in dental surgery and procedures. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(2):20.
 25. Morales Castro D, Dresser L, Granton J, Fan E. Pharmacokinetic alterations associated with critical illness. *Clin Pharmacokinet.* 2023;62(2):209–20.
 26. Brockmann W, Badr M. Chronic kidney disease: pharmacological considerations for the dentist. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(11):1330–9.
 27. Costa Filho JZ, Padilha WSM, Santos EKN. Cuidados odontológicos em portadores de insuficiência renal crônica. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac.* 2008;1:19–28.
 28. Sakata RK, Nunes MHG. Analgesics use for kidney failure. *Rev Dor.* 2014;15(3).
 29. Álamo S, Esteve CG, Gracia M, Pérez S. Patient with renal disease. *J Clin Exp Dent.* 2011;3(2):112–21.



30. Miller CS, Little JW, Falace DA. Supplemental corticosteroids for dental patients with adrenal insufficiency. *J Am Dent Assoc.* 2001;132(11):1570–9.
31. Ergenoglu P, Akin S, Bali C, Eker HE, Cok OY, Aribogan A. Effect of low dose dexmedetomidine premedication on propofol consumption in geriatric end stage renal disease patients. *Braz J Anesthesiol.* 2015;65(5):326–32.
32. Resende R. Qual o melhor anestésico local para meu paciente? *Rev Flum Odontol.* 2020.
33. Pogrel MA, Kahnberg KE, Andersson L. *Oral and maxillofacial surgery.* Hoboken: Wiley; 2016.
34. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
35. Guevara HG, Monaco GL, Rivero CS, Vasconcellos V, Souza DP, Raitz R. Manejo odontológico em pacientes com doença renal crônica. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2014;12(40).
36. Baeder FM. *Guia odontológico prático para atendimento do paciente de alta complexidade.* São Paulo: Napoleão; 2021.
37. Moest T, Lutz R, Jahn AE, Heller K, Schiffer M, Adler W, et al. Frequency of the necessity of dentoalveolar surgery or conservative treatment in patients before kidney transplantation depending on the duration of dialysis and causative nephrological disease. *Clin Oral Investig.* 2021.
38. Kato S, Chmielewski M, Honda H, Pecoits-Filho R, Matsuo S, Yuzawa Y, et al. Aspects of immune dysfunction in end-stage renal disease. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2008;3(5):1526–33.
39. Mochizuki Y, Harada H, Yokokawa M, Kinoshita N, Kubota K, Okado T, et al. Oral and maxillofacial surgery in patients undergoing dialysis for advanced renal disease: report of five cases. *BMC Oral Health.* 2018;18(1).