

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Departamento da Faculdade de Medicina da UFU
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Atenção ao Paciente em Estado Crítico

Camila Souza Guimarães

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO: ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM
ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS PELO HOSPITAL
ODONTOLÓGICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**Uberlândia
2025**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Departamento da Faculdade de Medicina da UFU
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Atenção ao Paciente em Estado Crítico**

Camila Souza Guimarães

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA PROCEDIMENTO OPERACIONAL
PADRÃO: ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM
ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES ATENDIDOS PELO HOSPITAL
ODONTOLÓGICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Área de concentração: Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientador: Prof. Dr. Dhiancarlo Rocha Macedo

**Uberlândia
2025**

RESUMO

As transições demográfica e epidemiológica têm contribuído para o aumento dos agravos à saúde associados à morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil e no cenário global. Dentre essas doenças, destacam-se as cardiovasculares, principal causa de morte no país, que englobam um grupo de enfermidades que comprometem o coração e os vasos sanguíneos, incluindo doenças coronarianas, cerebrovasculares e arteriais periféricas. Diante do exposto, torna-se necessário o aperfeiçoamento das competências profissionais dos cirurgiões-dentistas para o manejo adequado desse perfil de pacientes. O Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-UFG) conta com um serviço especializada no atendimento a pacientes com comprometimento cardiovascular, dentre outros agravos com repercussões sistêmicas e bucais, denominado Programa de Cuidados Específicos a Doenças Estomatológicas (PROCEDE-UFG). O acesso ao serviço PROCEDE ocorre por meio de referenciamento e contrarreferenciamento, destinado a pacientes com doenças cardiovasculares. Com o objetivo de padronizar as condutas terapêuticas entre a equipe de cirurgiões-dentistas e residentes de odontologia, foi proposta a elaboração de um protocolo na forma de Procedimento Operacional Padrão (POP) para o atendimento a esses pacientes. A metodologia envolveu pesquisa bibliográfica com base em literatura atualizada, aliada à consulta a especialistas do HO-UFG. Conclui-se que etapas como anamnese detalhada, exame físico minucioso, controle da ansiedade e, quando indicado, solicitação de parecer médico e exames complementares, são fundamentais para a definição de condutas seguras para o atendimento odontológico. A construção de um Procedimento Operacional Padrão para pacientes cardiovasculares representa, assim, um avanço em direção ao aprimoramento e à padronização dos tratamentos especializados em saúde bucal ofertados no PROCEDE, promovendo maior segurança clínica ao paciente e ao profissional.

Palavra-chave: Odontologia; Cardiopatias; Protocolos clínicos; Sedação consciente; Anestesia local.

ABSTRACT

The demographic and epidemiological transitions have contributed to the increase in health problems associated with morbidity and mortality from chronic noncommunicable diseases (NCDs) in Brazil and worldwide. Among these diseases, cardiovascular conditions stand out as the leading cause of death in the country. They comprise a group of disorders that affect the heart and blood vessels, including coronary, cerebrovascular, and peripheral arterial diseases. In this context, it becomes essential to enhance the professional competencies of dentists to ensure the proper management of this patient profile. The Dental Hospital of the Federal University of Uberlândia (HO-UFG) has a specialized service for patients with cardiovascular conditions, among other systemic and oral health issues, known as the Specific Care Program for Stomatological Diseases (PROCEDE-UFG). Access to the PROCEDE service occurs through referral and counter-referral and is intended for patients with cardiovascular diseases. Aiming to standardize therapeutic procedures among dentists and dental residents, the development of a protocol in the form of a Standard Operating Procedure (SOP) for the care of these patients was proposed. The methodology involved bibliographic research based on up-to-date literature and consultation with HO-UFG specialists. It was concluded that steps such as detailed anamnesis, thorough physical examination, anxiety control, and, when indicated, requesting medical opinions and complementary tests are fundamental for defining safe approaches to dental care. The development of a Standard Operating Procedure for cardiovascular patients thus represents a step forward toward improving and standardizing specialized oral health treatments offered by PROCEDE, promoting greater clinical safety for both the patient and the professional.

Keywords: Dentistry. Heart diseases. Clinical protocols. Conscious sedation. Local anesthesia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA	7
3. OBJETIVOS.....	7
3.1 - Objetivo Geral	7
3.2 - Objetivos Específicos.....	7
4. METODOLOGIA.....	8
5. RESULTADOS	8
5.1 Fluxo e critérios para atendimento no serviço.....	8
5.2 Consulta inicial e planejamento de condutas	9
5.3 Condutas e cuidados para o atendimento odontológico ao paciente com comprometimento cardiovascular	9
5.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	10
5.3.2 Angina de Peito.....	11
5.3.3 Infarto Agudo do Miocárdio	14
5.3.4 Arritmia Cardíaca.....	16
5.3.5 Endocardite Infecciosa.....	18
6. DISCUSSÃO.....	19
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

O perfil de morbimortalidade no Brasil tem passado por transformações com os processos de transição demográfica e epidemiológica. A esses fenômenos atribuem-se o aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de fecundidade, redução da mortalidade infantil e alteração do perfil epidemiológico, concentrando a maior parte das morbidades e mortalidades em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (FREITAS MARTINS *et al.*, 2020).

As DCNTs constituem o principal grupo de causas de comprometimento à vida em todo o mundo, sendo responsáveis por óbitos prematuros, perda de qualidade de vida, além de impactos econômicos e sociais diversos, sendo, desta forma, responsáveis por cerca de 70% das mortes globais, o que equivale a 38 milhões de óbitos por ano (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Em se tratando de óbitos por DCNT, as doenças cardiovasculares (DCVs) ocupam posição de destaque sendo responsáveis por 33% deles. Neste ínterim, o cenário brasileiro vai ao encontro da epidemiologia global, onde 72% das mortes resultam de doenças crônicas, sendo 30% delas devido às doenças cardiovasculares (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

As patologias cardíacas compõem o grupo de doenças que comprometem ao coração e vasos sanguíneos, destacando-se principalmente: infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, endocardite infecciosa e hipertensão arterial sistêmica, sendo esta, a principal condição predisponente para o desenvolvimento das DCVs (BRANDÃO, AA *et al.*, 2025).

Diante do exposto, os cirurgiões-dentistas são colocados diante de um perfil populacional com características complexas, o que exige o aprimoramento de habilidades e a complementaridade de conhecimentos. Considerando o cenário em questão, urge a crescente necessidade do aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências profissionais para o adequado manejo deste perfil de paciente (GIOVANI *et al.*, 2025).

A odontologia, responsável por intervenções educativas, curativas, reabilitadoras e estéticas, apresenta responsabilidade com a população, devendo adequar-se às necessidades aqui citadas (CUNHA, 2023). O objetivo deste trabalho foi propor um protocolo de atendimento odontológico, na forma de um Procedimento Operacional Padrão (POP) para os pacientes com alterações cardiovasculares atendidos no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia.

2. JUSTIFICATIVA

O Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-UFU) é um centro de referência para a cidade de Uberlândia e região, no atendimento a pacientes com comorbidades sistêmicas. Assim, há um elevado fluxo de pacientes que necessitam de tratamentos especializados, incluindo aqueles com alterações cardiovasculares. Na UFU, a equipe de Odontologia do Programa de Cuidados Específicos a Doenças Estomatológicas do Hospital Odontológico (PROCEDE-HOUFU) oferece um serviço odontológico especializado para esse público, atendendo às demandas complexas e delicadas que esses tratamentos exigem.

Diante desse cenário, tornou-se imperativa a padronização do fluxo de atendimento. A elaboração de um POP permitirá o alinhamento das práticas entre os membros da equipe e residentes, garantindo maior eficiência, qualidade e uniformidade no cuidado prestado. Tal medida pode resultar em melhoria contínua no atendimento especializado, beneficiando diretamente a saúde bucal e sistêmica, além do bem-estar dos pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Elaborar um documento interno do tipo Procedimento Operacional Padrão (POP) visando padronizar a conduta terapêutica dos profissionais e residentes diante do tratamento odontológico de pacientes com alterações cardiovasculares no PROCEDE-HOUFU.

3.2 - Objetivos Específicos

- Estabelecer a padronização de condutas pela equipe de dentistas e residentes, no atendimento ao paciente cardiovascular no PROCEDE-HOUFU;
- Promover a otimização e qualificação do serviço ofertado;
- Contribuir para melhor eficiência e eficácia do serviço, resultando em maior assertividade de condutas.

4. METODOLOGIA

O presente documento abrange o detalhamento protocolar do tratamento odontológico ambulatorial especializado em pacientes com comprometimento cardiovascular pela equipe de odontologia e residentes do PROCEDE-UFU.

A elaboração do conteúdo teve como pergunta norteadora: “Quais os protocolos de condutas devem ser realizados no atendimento aos pacientes com alterações cardiovasculares pela equipe de Odontologia do PROCEDE-HOUFU?”

Este conteúdo foi construído como modelo de um documento interno do tipo POP de atendimento para o PROCEDE-HOUFU, elaborado a partir da revisão da literatura atual sobre o tema e discussões com a equipe do setor de Odontologia do PROCEDE-HOUFU.

A fundamentação teórica do Procedimento Operacional Padrão foi delineada tendo como base a literatura atual sobre o tema, abrangendo documentos oficiais, diretrizes, livros e artigos científicos nacionais e internacionais, que abarquem o atendimento odontológico a pacientes com comprometimentos cardiovasculares. A busca se deu nas bases de dados Pubmed e BVS, tendo os seguintes descritores, associados ou não: odontologia, cardiopatias e protocolos clínicos.

Considerando as especificidades dos pacientes com alterações cardiovasculares, este POP abordou: fluxo e critérios para atendimento no serviço, consulta inicial e planejamento de condutas, e cuidados para o atendimento odontológico de pacientes cardiovasculares.

5. RESULTADOS

5.1 Fluxo e critérios para atendimento no serviço

O PROCEDE se configura como um serviço especializado de atenção, a nível secundário, no qual o atendimento é possível através de referenciamento e contrarreferenciamento, seja do serviço público ou privado, seja da atenção primária ou terciária. Dessa forma, apresenta um fluxo de acesso porta aberta, isto é, ainda não é regulado pela Atenção Primária de Saúde. Portanto, para que o indivíduo com comorbidades cardiovasculares possa ser atendido pelo serviço, faz-se necessário encaminhamento, obtido através de consulta pela atenção primária, pela atenção terciária (via Hospital das Clínicas - UFU/EBSERH) ou mesmo pelo serviço odontológico privado.

Em relação às alterações cardiovasculares elegíveis para atendimento no PROCEDE, destacam-se:

- Histórico de Infarto Agudo do Miocárdio;
- Angina do peito;
- Arritmia cardíaca;
- Risco de Endocardite Infecciosa;
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Insuficiência Cardíaca por outras causas sistêmicas.

5.2 Consulta inicial e planejamento de condutas

Ao ter acesso ao serviço de atendimento PROCEDE, via encaminhamento, o paciente agendado é orientado a realizar radiografia panorâmica e aguardar para realização de sua consulta inicial.

- Na primeira consulta, são obtidas as seguintes informações:
- Anamnese: Queixa principal, histórico médico e familiar, medicamentos em uso, tratamento médico atual, histórico odontológico;
- Exame físico extra e intraoral;

Planejamento de condutas: avaliação da necessidade de intervenção odontológica e ajuste de medicações em uso para o procedimento, determinação do anestésico local e solicitação, quando necessário: de parecer médico e exames complementares, como: hemograma, Tempo de Atividade de Protrombina (TAP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA).

5.3 Condutas e cuidados para o atendimento odontológico ao paciente com comprometimento cardiovascular

Recomendações importantes a todos os atendimentos:

- Sessões de curta duração, realizadas preferencialmente pela manhã;
- Avaliação do uso regular das medicações contínuas;
- Controle rigoroso da dor e quadros de ansiedade, devendo-se empregar, quando indicado, sedação mínima.

5.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica não transmissível definida por elevação persistente da pressão arterial (PA) sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou da PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida corretamente, em pelo menos duas ocasiões e na ausência de medicação anti-hipertensiva. O diagnóstico é realizado pela equipe médica (BRANDÃO, AA *et al.*, 2025).

A classificação mais recente quanto aos valores de pressão arterial, disponível na Tabela 1, confere e recomenda (BRANDÃO, AA *et al.*, 2025):

Tabela 1 – CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Classificação / PA	PAS Pressão Arterial Sistólica	PAD Pressão Arterial Diastólica
Pressão Arterial Normal	menor que 120 mmHg	menor que 80 mmHg
Pré-hipertenso	maior ou igual a 120/139 mmHg	maior ou igual a 80/89 mmHg
Hipertensão Estágio 1	entre 140/159 mmHg	entre 90/99 mmHg
Hipertensão Estágio 2	entre 160/179 mmHg	entre 100/109 mmHg
Hipertensão Estágio 3	maior que 180 mmHg	maior que 110 mmHg

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2025.

Para o tratamento odontológico seguro, recomenda-se a intervenção em pacientes com hipertensão até o estágio 1.

Para assegurar o manejo odontológico seguro de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, recomenda-se que o atendimento seja realizado em sessões de curta duração, preferencialmente na segunda metade da manhã (entre 10-12h). Na fase inicial do procedimento, é imprescindível verificar a adesão ao regime terapêutico habitual (medicações de uso contínuo), incluindo o uso regular dos agentes anti-hipertensivos. O controle rigoroso da dor constitui medida fundamental, devendo-se empregar, quando indicado, sedação mínima e utilização criteriosa de anestésicos locais, a fim de minimizar respostas adversas ao estresse operatório (ANDRADE, 2014).

A seguir, o protocolo de atendimento odontológico ao paciente com hipertensão arterial sistêmica, disponível no Quadro 1:

Quadro 1 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HAS

Hipertensão Arterial Sistêmica	Pré Hipertensão	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3
Aferição de PA	Sempre	Sempre	Sempre	Sempre
Procedimentos eletivos/ urgentes	Procedimentos eletivos e urgentes.	Procedimentos eletivos e urgentes.	Procedimentos de urgência.	Não indicado / realizar encaminhamento ao pronto socorro.
Prescrição medicamentos a	Sedação mínima, se necessário; Evitar AINES; Analgésicos e antibióticos se necessário.	Sedação mínima, se necessário; Evitar AINES; Analgésicos e antibióticos se necessário.	Sedação mínima, e medicação analgésica; Evitar AINES; Antibióticos se necessário.	NÃO INTERVIR EM AMBULATÓRIO; Evitar AINES; Analgésicos e antibióticos se necessário.
Anestésico local	Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 - máximo 2 tubetes; Prilocaina a 3% com felipressina 0,03UI/ml - de 3 a 5 tubetes; Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.	Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 - máximo 2 tubetes; Prilocaina a 3% com felipressina 0,03UI/ml - de 3 a 5 tubetes; Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.	Prilocaina a 3% com felipressina 0,03UI/ml - máximo 3 a 5 tubetes; Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.	Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - de 3 a 5 tubetes: somente para alívio da dor.

Fonte: Adaptado de Andrade (2014) e Malamed (2014).

A urgência hipertensiva caracteriza-se por elevação acentuada da pressão arterial, com pressão sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 120 mmHg, podendo estar acompanhada de sintomas como cefaleia intensa, tontura, alterações visuais, dispneia ou epistaxe (sangramento nasal), porém sem evidência de lesão em órgãos-alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al., 2021). Diante disso, a conduta para esse caso envolve:

- O atendimento odontológico deve ser imediatamente interrompido, mantendo o paciente sentado e buscando tranquilizá-lo;
- Chamar suporte médico de urgência;
- Administrar 01 comprimido de captopril 25 mg, por via sublingual ou oral;

- Administração de oxigênio a 5L/minuto;
- Monitorar o paciente.

5.3.2 Angina de Peito

A angina de peito é uma doença cardíaca isquêmica transitória decorrente do estreitamento das artérias coronárias, provocado pela obstrução parcial do lumen vascular por placas ateroscleróticas (RINALDI *et al.*, 2025). Clinicamente, manifesta-se por dor ou desconforto torácico de curta duração, descrito como sensação de pressão, peso ou queimação na região retroesternal, podendo irradiar-se para o epigástrico, mandíbula, base do pescoço ou membro superior esquerdo (ANDRADE, 2014).

A angina pode se apresentar como estável, quando ocorre tipicamente após esforço físico, estresse emocional ou situações de ansiedade, apresentando curta duração (cerca de 15 a 20 minutos) e alívio com repouso e uso de vasodilatadores coronarianos. Ou como angina instável, quando se manifesta em repouso ou sem fator desencadeante definido, sendo um quadro de maior gravidade e risco de progressão para infarto agudo do miocárdio (ANDRADE, 2014).

A seguir, o protocolo de atendimento odontológico ao paciente com angina de peito, disponível no Quadro 2:

Quadro 2 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ANGINA

Classificação	Angina estável	Angina Instável
Aferição de sinais vitais: PA, FC, saturação.	SEMPRE	SEMPRE ATENÇÃO - RISCO DE INFARTO Sat: idealmente acima de 93%
Procedimentos eletivos/ urgentes	Procedimentos eletivos/ urgentes	Procedimentos eletivos/ urgentes. OBS: Avaliar indicação de internação hospitalar para procedimento odontológico.
Solicitação de exames complementares / documentos	Avaliar necessidade de parecer médico em caso de dupla antiagregação plaquetária e/ou uso de anticoagulantes. TAP e TTPA em caso de uso de marevan.	Avaliar necessidade de parecer médico em caso de dupla antiagregação plaquetária e/ou uso de anticoagulantes. Avaliar a necessidade de parecer médico para tratamento eletivo. TAP e TTPA em caso de uso de marevan.

Fonte: Adaptado de Andrade (2014) e Malamed (2014).

Quadro 2 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ANGINA

Classificação	Angina estável	Angina Instável
Prescrição medicamentosa	<p>Sedação mínima, se possível.</p> <p>Uso do Isordil 5 mg ou Sustrate 10 mg, 01 comprimido sublingual, 5 minutos antes do procedimento.</p> <p>Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg;</p> <p>Evitar AINES;</p> <p>Analgésicos (evitar paracetamol, se uso de marevan);</p> <p>Evitar prescrição de metronidazol em caso de uso regular de marevan.</p>	<p>Sedação mínima, se possível.</p> <p>Uso do Isordil 5 mg ou Sustrate 10 mg, 01 comprimido sublingual, 5 minutos antes do procedimento.</p> <p>Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg;</p> <p>Evitar AINES;</p> <p>Analgésicos (evitar paracetamol, se uso de marevan);</p> <p>Evitar prescrição de metronidazol em caso de uso regular de marevan.</p>
Anestésico local	<p>Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 - máximo 2 tubetes</p> <p>Prilocaina a 3% com felipressina 0,03UI/ml - de 3 a 5 tubetes.</p> <p>Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.</p>	<p>Prilocaina a 3% com felipressina 0,03UI/ml - de 3 a 5 tubetes.</p> <p>Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.</p> <p>OBS: Evitar vasoconstrictor com adrenalina.</p>

Fonte: Adaptado de Andrade (2014) e Malamed (2014).

Em caso de crise aguda de angina, orienta-se que:

- O atendimento odontológico deve ser imediatamente interrompido, mantendo o paciente em posição semi-sentada, reclinado a aproximadamente 45°;
- Tentar tranquilizar o paciente, mantendo o ambiente calmo e monitorando continuamente os sinais vitais;
- Deve-se acionar imediatamente o serviço médico de urgência disponível (193, 192 ou outro), garantindo suporte profissional adicional;
- A administração de Isordil 5mg, 1 comprimido por via sublingual, com expectativa de alívio da dor em 3 a 5 minutos. Caso a dor não alivie, a dose pode ser repetida até duas vezes, com intervalos de 5 minutos, respeitando a dose máxima de 15 mg;

- Em situação de persistência da dor após a terceira dose de isordil, administrar ácido acetilsalicílico (AAS), 3 comprimidos de 100 mg e 300mg de clopidogrel, devido à suspeita de infarto agudo do miocárdio;
- Oxigenoterapia deve ser realizada a 5 L/min;
- Estar preparada para realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (MALAMED, 2014).

5.3.3 *Infarto Agudo do Miocárdio*

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é caracterizado pela necrose parcial do músculo cardíaco devido à insuficiência crítica de irrigação sanguínea (NICOLAU *et al.*, 2021). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021), o diagnóstico combina avaliação clínica e confirmação laboratorial por elevação de marcadores de necrose miocárdica. Os sintomas podem variar desde ausência de dor até dor torácica intensa e prolongada (>30 minutos), refratária a vasodilatadores coronarianos, podendo ser acompanhada de náuseas, palpitações, sudorese, palidez e hipotensão (ANDRADE, 2014).

A seguir, o protocolo de atendimento odontológico ao paciente com IAM, disponível no Quadro 3:

Quadro 3 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM IAM

Classificação/ Período pós infarto	Menos de 6 semanas pós IAM	Entre 6 semanas e 6 meses pós IAM	6 meses pós IAM
Aferição de sinais vitais: PA, FC, saturação.	Sempre	Sempre	Sempre
Procedimentos eletivos/ urgentes	Urgências odontológicas em ambiente hospitalar. Não intervir em procedimentos eletivos.	Apenas procedimentos urgentes ou remoção de focos de infecção.	Procedimentos eletivos/ urgentes.
Solicitação de exames complementares / documentos	Avaliar necessidade de parecer médico em caso de dupla antiagregação plaquetária e/ou uso de anticoagulante TAP e TTPA em caso de uso de marevan.	Avaliar necessidade de parecer médico em caso de dupla antiagregação plaquetária e/ou uso de anticoagulante TAP e TTPA em caso de uso de marevan.	Avaliar necessidade de parecer médico em caso de dupla antiagregação plaquetária e/ou uso de anticoagulante TAP e TTPA em caso de uso de marevan.

Classificação/ Período pós infarto	Menos de 6 semanas pós IAM	Entre 6 semanas e 6 meses pós IAM	6 meses pós IAM
Prescrição medicamentosa	<p>Sedação mínima, se possível.</p> <p>Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg;</p> <p>Evitar AINES;</p> <p>Analgésicos (evitar paracetamol, se uso de marevan);</p> <p>Evitar prescrição de metronidazol em caso de uso regular de marevan.</p>	<p>Sedação mínima, se possível.</p> <p>Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg;</p> <p>Evitar AINES;</p> <p>Analgésicos (evitar paracetamol, se uso de marevan);</p> <p>Evitar prescrição de metronidazol em caso de uso regular de marevan.</p>	<p>Sedação mínima, se possível.</p> <p>Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg;</p> <p>Evitar AINES;</p> <p>Analgésicos (evitar paracetamol, se uso de marevan);</p> <p>Evitar prescrição de metronidazol em caso de uso regular de marevan.</p>
Anestésico local	<p>Prilocaína a 3% com felipressina 0,03UI/ml - máximo 3 tubetes;</p> <p>Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.</p>	<p>Prilocaína a 3% com felipressina 0,03UI/ml - máximo 3 tubetes.</p> <p>Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.</p>	<p>Lido 2% com epinefrina 1:100.000 - máximo 2 tubetes;</p> <p>Prilocaína a 3% com felipressina 0,03UI/ml - máximo 3 tubetes;</p> <p>Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.</p>

Fonte: Adaptado de Andrade (2014) e Malamed (2014).

Em caso de crise de IAM orienta-se que:

- O atendimento odontológico deve ser imediatamente interrompido, mantendo o paciente em posição semi-sentada, reclinado a aproximadamente 45°;
- Tentar tranquilizar o paciente;
- Acionar imediatamente o serviço médico de urgência disponível;
- Administração de ácido acetilsalicílico (AAS), 3 comprimidos de 100 mg e 300 mg de clopidogrel;
- Oxigenoterapia pode ser realizada a 5 L/min;

- Monitorar sinais vitais;
- Estar preparado para realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), se necessário.

5.3.4 Arritmia Cardíaca

As arritmias cardíacas são caracterizadas por alterações elétricas que desencadeiam mudanças na frequência cardíaca (FC). Seu intervalo de normalidade envolve uma frequência média entre 60 e 100 batimentos por minuto. Caracterizam-se como bradicardias quando a frequência é inferior a 50 bpm e taquicardias quando superior a 100 bpm. Variações fora dos parâmetros esperados para a idade devem ser consideradas sinais de alerta (Andrade, 2024).

Clinicamente, podem se manifestar como palpitações, tontura, dispneia, hipotensão e sincope, podendo evoluir para quadros graves como infarto, insuficiência cardíaca, parada cardiorrespiratória e acidente vascular encefálico. O tratamento requer avaliação médica individualizada e pode incluir o uso de anticoagulantes, especialmente na fibrilação atrial, além de antiarrítmicos, digitálicos e betabloqueadores, conforme o tipo e a gravidade da arritmia (Cintra *et al.*, 2025).

Quadro 4 - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ARRITMIA

Classificação	Bradícardia	Taquicardia
Aferição de sinais vitais: PA, FC, pulso e saturação.	Sempre	Sempre
Procedimentos eletivos/ urgentes	Tratamento eletivo e urgências; Em caso de uso de marcapasso, verificar o tipo e se necessário, evitar ultrassom, bisturi elétrico e localizador apical, já que estes instrumentos, a depender do modelo do marcapasso, tendem a causar interferência elétrica.	Tratamento eletivo e urgências.
Solicitação de exames complementares / documentos	Solicitar parecer médico para detalhamento da arritmia e tratamento atual se o paciente não souber informar.	Solicitar parecer médico para detalhamento da arritmia e tratamento atual se o paciente não souber informar e se em uso de anticoagulante. TAP e TTPA em caso de uso de marevan
Prescrição	Sedação mínima, se possível;	Sedação mínima, se possível;

medicamentosa	Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg; Evitar AINES; Analgésicos e antibióticos não apresentam contraindicações, exceto em caso de alergia.	Ter à disposição AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg; Evitar AINES; Evitar paracetamol e metronidazol se estiver em uso de marevan.
Anestésico local	Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 - máximo 2 tubetes; Prilocaína a 3% com felipressina 0,03 UI/ml - máximo 3 tubetes. Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.	Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 - máximo 2 tubetes; Prilocaína a 3% com felipressina 0,03 UI/ml - máximo 3 tubetes. Mepivacaína 3% sem vasoconstritor - máximo 3 tubetes.

Fonte: Adaptado de Andrade (2014) e Malamed (2014).

Em caso de crise de bradicardia, orienta-se:

- Administrar 3 gotas sublinguais de atropina a 1%, se disponível;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores e monitorar PA, FC e saturação de O₂;
- Avaliar a chamada de serviço médico de emergência, principalmente se FC abaixo de 40 bpm;
- Se necessário, ofertar oxigênio suplementar (3 a 5 L/min);
- Manter observação contínua e comunicar imediatamente o médico se houver persistência da bradicardia ou sinais de instabilidade hemodinâmica.

Em caso de crise de taquicardia, orienta-se:

- Buscar tranquilizar o paciente;
- Caso a taquicardia persista por mais de 2 a 3 minutos, realizar manobras vagais para reduzir a frequência cardíaca, como:
 - > Manobra de Valsalva (expiração forçada com boca e nariz tapados);
 - > Ingestão rápida de água gelada;
 - > Estimulação da orofaringe para indução do reflexo de vômito;

- Quando houver ansiedade associada à crise, administrar 1 comprimido sublingual de Rivotril 0,25 mg, se disponível;
- Monitorar sinais vitais e chamar por serviço médico de emergência se não houver melhora do quadro clínico do paciente.

5.3.5 Endocardite Infecciosa

A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção grave do endocárdio, o revestimento interno do coração, com potencial para comprometer as valvas cardíacas: tricúspide, pulmonar, bicúspide (mitral) e aórtica. Os principais fatores de risco cardíacos incluem: histórico prévio de endocardite, doença valvar, presença de cateteres centrais, dispositivos eletrônicos implantáveis, cardiopatias congênitas, valvulopatias pós-transplante e próteses valvares. Entre os fatores de risco não cardíacos, destacam-se o uso de drogas injetáveis, imunossupressão, hemodiálise, hospitalização recente e procedimentos odontológicos ou cirúrgicos (VICTORIA; DELGADO et al., 2023; Andrade, 2014).

A profilaxia antibiótica é indicada para pacientes com alto risco de desenvolver EI:

- Histórico de endocardite;
- Próteses valvares;
- Cardiopatia congênita;
- Dispositivos de assistência ventricular.

O regime antibiótico profilático para procedimentos odontológicos de alto risco para endocardite infecciosa envolve a administração medicamentosa de acordo com a Tabela 2:

Tabela 2 – ANTIBIOTICOTERAPIA PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Antibiótico	Dose única, antes do procedimento	Via	Alergia a penicilina ou ampicilina	Crianças
Amoxicilina	2 g - 1 hora antes	VO	Não	50 mg/kg por via oral até um máximo de 2 g

Ampicilina	2 g – 30 minutos antes	IM ou EV	Não	50 mg/kg por via IM ou EV até um máximo de 2 g
Cefazolina ou ceftriaxona	1 g – 30 minutos antes	IM ou EV	Não	50 mg/kg por via IM ou EV até um máximo de 1 g
Cefalexina	2 g – 01 hora antes	VO	Sim	50 mg/kg por via oral até um máximo de 2 g
Azitromicina ou claritromicina	500mg – 01 hora antes	VO	Sim	15 mg/kg por via oral até um máximo de 500 mg
Doxiciclina	100mg – 01 hora antes	VO	Sim	> 45 Kg: 2,2 mg/kg por via oral < 45 Kg: 100 mg/kg por via oral
Cefazolina ou ceftriaxona	1 g – 30 minutos antes	IM ou EV	Sim	50 mg/kg por via IM ou EV até um máximo de 1 g

Fonte: VICTORIA; DELGADO *et al.*, 2023.

Em versão atualizada, excluiu-se o uso da clindamicina em profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa em razão de seu alto potencial para eventos adversos, especialmente relacionado a infecções por *Clostridioides difficile* (VICTÓRIA; DELGADO *et al.*, 2023).

6. DISCUSSÃO

Diante do aumento da prevalência e incidência das DCNTs, cabe ao cirurgião-dentista estar capacitado para manejá-los pacientes com condições complexas, como doenças cardiovasculares, considerando suas condições sistêmicas, prevenindo complicações e integrando o cuidado odontológico aos níveis de atenção à saúde (CUNHA, 2023).

A prática odontológica envolve responsabilidades legais significativas, exigindo que o profissional garanta a segurança, saúde e bem-estar do paciente. Segundo o Código de

Ética Odontológica, é dever do profissional manter atualizados os conhecimentos profissionais. Da mesma forma, exageros em diagnóstico, prognóstico e tratamento, especialmente no atendimento a pacientes com necessidades especiais, constituem infração ética e podem gerar responsabilidade civil, ética e criminal (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Para proteção jurídica, é essencial manter documentação completa (anamnese, registros clínicos, consentimento informado, acompanhamento pós-procedimento), seguir protocolos baseados em evidências e adaptar técnicas às condições do paciente. A conduta ética e segura fortalece a confiança entre dentista e paciente e minimiza riscos de litígios (CAMPOS *et al.*, 2009).

Pacientes em uso de anticoagulantes orais devem ter monitoramento do tempo de protrombina (TP), que avalia a via extrínseca da coagulação, e desse resultado deriva a razão normalizada internacional (RNI), usada para padronizar os valores de TP entre os laboratórios (ANDRADE, 2014). Sugere-se, portanto, a solicitação de TAP/RNI pelo menos 24 a 48 horas antes do procedimento odontológico com risco potencial de sangramento (biopulpectomia, raspagem subgengival, cirurgia periodontal e cirurgia oral), com valores seguros menores que 3,5 para RNI (EDUARDO, FP; BEZINELLI, LM e CORRÊA, L, 2019).

Outro aspecto relevante é o uso regular da varfarina, devido ao risco de interações medicamentosas que podem potencializar seu efeito anticoagulante. Portanto, a prescrição de AINEs, paracetamol, antibióticos e corticosteroides devem ser cautelosos (EDUARDO *et al.*, 2019; ANDRADE, 2014).

No atendimento odontológico de pacientes com doenças cardiovasculares, o objetivo é reduzir a liberação de catecolaminas, controlando dor e ansiedade por meio de anestesia local eficaz e sedação mínima, sempre com orientação médica quando necessário (ANDRADE; RANALI, 2009). A dose segura de epinefrina na anestesia é de até 0,04 mg por sessão (equivalente a 2 tubetes a 1:100.000 ou 4 tubetes a 1:200.000); concentrações mais altas, como 1:50.000, não são recomendadas (Andrade, 2014). A sedação mínima medicamentosa reduz ansiedade e pressão arterial em procedimentos odontológicos, podendo ser feita com benzodiazepínicos: midazolam (7,5–15 mg, 30 minutos antes; indicado para crianças, jovens e adultos, não para idosos), alprazolam (0,75–1 mg, 60 minutos antes; para jovens e adultos) e clonazepam (1–2 mg, 2 horas antes; para idosos). Em casos necessários, o efeito sedativo pode ser revertido parcial ou totalmente com flumazenil (ANDRADE, 2014).

Na escolha de anestésicos locais para pacientes cardiovasculares, lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 é indicada para procedimentos cirúrgicos (máximo 2 tubetes), prilocaina 3% com felipressina para procedimentos não cirúrgicos longos (máximo 3 tubetes, exceto em gestantes ou anêmicos) e mepivacaína 3% sem vasoconstritor para procedimentos curtos (máximo 3 tubetes) (MALAMED, 2014). Entretanto, a escolha do anestésico local deve considerar também o vasoconstritor associado, uma vez que vasoconstritores como epinefrina exercem efeito sobre o sistema cardiovascular, devendo ser sugeridos com cautela para cada caso (BARROS, 2010).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento odontológico de pacientes com doenças cardiovasculares requer planejamento cuidadoso, avaliação clínica detalhada e adesão a protocolos baseados em evidências. A integração entre o cirurgião-dentista e o cardiologista são fundamentais para identificar riscos, prevenir complicações e garantir a segurança do paciente durante todos os procedimentos odontológicos.

A aplicação de medidas preventivas, como monitoramento constante de sinais vitais, uso criterioso de anestésicos locais e medicamentos, profilaxia para endocardite quando indicada, e educação em saúde bucal, contribui para reduzir eventos adversos e melhorar a qualidade do cuidado.

Em suma, este protocolo oferece um guia sistematizado que permite ao profissional de odontologia conduzir o tratamento de forma mais segura, individualizada e baseada em evidências científicas, promovendo a saúde bucal e reduzindo os riscos de comprometer a saúde cardiovascular do paciente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Eduardo Dias de. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014.

ANDRADE, Eduardo Dias de; RANALI, José. **Emergências médicas em odontologia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

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

BARROS, Maysa Nogueira Ferreira de *et al.* **Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica**. *Saúde e Pesquisa*, v. 4, n. 1, 2010.

BRANDÃO, Andréa Araújo *et al.* **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 00, n. 00, p. 00–00, set. 2025.

CAMPOS, Cerise de Castro *et al.* **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia, 2009. p. 26–29.

CINTRA, Fátima Dumas *et al.* **Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial – 2025**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 00, n. 00, p. 00–00, set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Resolução CFO nº118/2012. Brasília, 2012.

CUNHA, Rafaela de Oliveira. **Educação popular em saúde bucal e integração ensino-serviço-comunidade no contexto da Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência**. Revista de APS, v. 26, p. e262340205, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.40205>.

DEPPE, H. *et al.* **Oral bacteria in infective endocarditis requiring surgery: a retrospective analysis of 134 patients**. *Clinical Oral Investigations*, v. 26, n. 7, p. 4977–4985, jul. 2022. DOI: 10.1007/s00784-022-04465-2.

DO PARANÁ, Estado. **Manual de saúde bucal**. Londrina: Prefeitura do Município de Londrina, Autarquia Municipal de Saúde, 2009.

FREITAS MARTINS, T. C.; MONTEIRO DA SILVA, J. H.; MÁXIMO, G. C.; GUIMARÃES, R. M. **Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 123–136, 2020.

GIOVANI, Elcio Magdalena; CAPEZ, Julia de Jesus; CARDOSO, Guilherme Pires de Campos *et al.* **Protocolos odontológicos baseados em evidências para o manejo de doenças cardiovasculares**. *Revista Saúde & Ciência*, v. 7, n. 10, p. 50–63, out. 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n10p50-63.

LORGA, Adalberto *et al.* **Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com arritmias cardíacas**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 79, p. 1–50, 2002.

MALAMED, Stanley F. **Medical emergencies in the dental office**. 7. ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences, 2014.

MUÑOZ, M. M. et al. **Cardiovascular diseases in dental practice: practical considerations**. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 13, n. 5, p. 296–302, 2008.

NICOLAU, José Carlos et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, n. 1, p. 181–264, jul. 2021.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. **Estatística Cardiovascular – Brasil 2023**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, n. 2, e20240079, mar. 2024.

RINALDI, R.; KUNADIAN, V.; CREA, F.; MONTONE, R. A. **Manejo da angina de peito**. *Trends in Cardiovascular Medicine*, v. 35, n. 6, p. 341–350, ago. 2025. DOI: 10.1016/j.tcm.2025.03.001.

ROBBINS, M. R.; STRAUCH, K. A. **Treatment of a mandibular abscess in a patient with coronary artery disease and intermittent angina**. *Dental Clinics of North America*, v. 67, n. 3, p. 407–410, jul. 2023. DOI: 10.1016/j.cden.2023.02.006.

SAMULAK-ZIELIŃSKA, R.; DEMBOWSKA, E.; LIZAKOWSKI, P. **Dental treatment of post-myocardial infarction patients: a review of the literature**. *Dental and Medical Problems*, v. 56, n. 3, p. 291–298, 2019. DOI: 10.17219/dmp/109232.

SEMINARIO-AMEZ, M. et al. **Use of local anesthetics with a vasoconstrictor agent during dental treatment in hypertensive and coronary disease patients: a systematic review**. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, v. 21, n. 2, p. 101569, jun. 2021. DOI: 10.1016/j.jebdp.2021.101569.

SICILIANO, Rinaldo Focaccia; PAIXÃO, Milena Ribeiro; GOLDSTEIN, Priscila Gherardi. **Endocardite infecciosa**. In: **Manual das condutas da emergência do InCor: cardiopneumologia**. São Paulo: InCor, 2017. p. 250–266.

SILVA, Pedro Gabriel Melo de Barros e et al. **Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 00, n. 00, p. 00–00, set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA et al. **Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, 2016.

THORNHILL, M. et al. **Prevention of infective endocarditis in at-risk patients: how should dentists proceed in 2024?** *British Dental Journal*, v. 236, n. 9, p. 709–716, maio 2024. DOI: 10.1038/s41415-024-7355-2.

THYGESEN, K. et al. **Third universal definition of myocardial infarction**. *Global Heart*, v. 7, n. 4, p. 275–295, dez. 2012. DOI: 10.1016/j.gh.2012.08.001.

VÄHÄSARJA, N. *et al.* **Oral streptococcal infective endocarditis among individuals at high risk following dental treatment: a nested case-crossover and case-control study.** *EClinicalMedicine*, v. 63, p. 102184, ago. 2023. DOI: 10.1016/j.eclim.2023.102184.

VICTORIA, Delgado *et al.* **2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis: developed by the Task Force on the Management of Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC).** *European Heart Journal*, v. 44, n. 39, p. 3948–4042, out. 2023. DOI: 10.1093/eurheartj/ehad193.