

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-OPERATÓRIO EM PACIENTES QUE SERÃO SUBMETIDOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ODONTOLÓGICOS

Wagner Teixeira Bastos Junior*
Miriam Kemper**

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a importância e necessidade de ser realizado procedimento pré-operatório em pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos odontológicos. Foi abordado, através de questionários direcionados aos cirurgiões dentistas, a real necessidade e importância de discriminar ou não os pacientes que realmente necessitam do procedimento pré-operatório. O escore mais utilizado de predição de risco de óbito para avaliação pré-operatória, é o Sistema de Classificação do Estado Físico da ASA (em inglês: *American Society of Anesthesiologists*), sendo o Risco ASA, um escore que classifica o paciente conforme seu estado clínico geral a partir da presença ou ausência de doença sistêmica, em 6 possíveis estados físicos. O estudo foi limitado particularmente aos oficiais dentistas do Hospital Militar de Resende, que atuam nos atendimentos da Odontoclínica. Os instrumentos utilizados por este estudo foram as pesquisas e os questionários, sendo respondidos em caráter voluntário, pela amostragem já delimitada, no período entre 4 de março e 23 de julho do ano de 2020. Os questionários foram montados com perguntas, mistas, com o objetivo de trazer a influência das experiências profissionais, ligados à temática abordada. A maioria dos participantes, respondeu que indicariam sempre um procedimento pré-operatório antes de cirurgias odontológicas. Com o presente estudo, pretendeu-se contribuir para um melhor suporte e segurança para os pacientes e cirurgiões dentistas do Exército Brasileiro. Conclui-se, portanto, que é importante a realização do procedimento pré-operatório em cirurgias odontológicas na maioria dos casos e que a classificação de risco cirúrgico ASA deve ser o método utilizado.

Palavras-chave: Procedimentos cirúrgicos odontológicos. Avaliação pré-operatória. Risco ASA.

ABSTRACT

The present study aimed to assess the importance and need to perform a preoperative procedure in patients who are submitted to dental surgical procedures. It was addressed, through questionnaires directed to dentists, the real need and importance of discriminating or not the patients who really need the preoperative procedure. The most used score for predicting the risk of death for preoperative assessment is the ASA Physical Status Classification System (in English: *American Society of Anesthesiologists*), with the ASA Risk being a score that classifies the patient according to their state general practitioner based on the presence or absence of systemic disease, in 6 possible physical states. The study was particularly limited to dental officers at Military Hospital of Resende, who work in the odontoclinic care. The instruments used by this study were surveys and questionnaires, being answered voluntarily, by the sampling already delimited, in the period between March 4 and July 23, 2020. The questionnaires were assembled with questions, mixed, with the objective of bringing the influence of professional experiences, linked to the theme addressed. Most participants replied that they would always indicate a preoperative procedure before dental surgery. This study aimed to contribute to better support and safety for patients and dentists in the Brazilian Army. It is concluded, therefore, that it is important to perform the preoperative procedure in dental surgeries in most cases and that the ASA surgical risk classification should be the method used.

Keywords: Dental surgical procedures. Preoperative evaluation. ASA risk.

* Capitão médico com especialização em cardiologia pela UNIRIO, aluno do curso EAD da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais, sendo autor do artigo científico apresentado.

** Capitão orientadora e coautora do artigo científico, designada pela Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais.

1 INTRODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos odontológicos são realizados por cirurgiões dentistas, e muitas das vezes ocorre o questionamento por parte dos envolvidos nos procedimentos, sobre a necessidade ou não da realização de procedimentos pré-operatórios antes das cirurgias odontológicas.

A avaliação pré-operatória deve ser capaz de estimar possíveis riscos decorrentes do procedimento cirúrgico em cada paciente e, se possível, orientar condutas que possam minimizá-los. Esta estimativa de risco é importante para oferecer ao cirurgião/equipe e paciente/família informações que devem ser levadas em conta na comparação entre possíveis benefícios e malefícios do procedimento em cada caso (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

Ao longo do tempo, várias escalas de risco perioperatório foram criadas, existindo vários escores descritos na literatura que aglutinam fatores preditores de complicações no pós-operatório, permitindo, assim, que se calcule a probabilidade que um paciente tem de desenvolvê-las (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

Um dos primeiros escores de predição de risco de óbito para avaliação pré-operatória foi o Sistema de Classificação do Estado Físico da ASA (em inglês: *American Society of Anesthesiologists*) (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

O assunto foi abordado e o problema discutido e analisado através de um questionário direcionado aos cirurgiões dentistas do Hospital Militar de Resende, com o intuito de provocar o questionamento da importância do pré-operatório, dando uma resposta final para o problema.

1.1 PROBLEMA

Existe uma demanda significativa de atendimentos de pacientes na área de saúde do EB, tanto na área de Medicina como da Odontologia. Esses pacientes que procuram atendimentos no setor de Odontologia, algumas vezes necessitam de procedimentos cirúrgicos odontológicos eletivos, necessitando de procedimento de pré-operatório com a realização de um Risco Cirúrgico.

Em procedimentos cirúrgicos eletivos, os pacientes necessitam marcar consultas agendadas com os cirurgiões dentistas para avaliação do quadro, o que demanda tempo de espera.

Em muitos casos, o cirurgião dentista solicitará ao médico cardiologista o Risco Cirúrgico do paciente, necessitando do agendamento de consultas para

realização do procedimento pré-operatório.

Normalmente o médico que realiza o procedimento pré-operatório é o cardiologista, devido ao fato dos pacientes necessitarem da realização e interpretação do exame de Eletrocardiograma (ECG).

Para que o médico cardiologista emita seu parecer sobre o Risco Cirúrgico do paciente, que passará pelo procedimento cirúrgico odontológico, será necessário a realização de exames médicos complementares agendados, levando ao aumento ainda maior do tempo de espera desses pacientes até a realização da cirurgia odontológica.

O Risco Cirúrgico é, portanto, um parecer emitido por médico, normalmente cardiologista, baseado no escore de Risco ASA, para o paciente levar ao conhecimento do cirurgião dentista que o solicitou e ter a avaliação do risco benefício do procedimento cirúrgico em questão.

A questão muitas das vezes é a falta de padronização e critérios para elegerem quais pacientes devem de fato necessitar de procedimentos de Risco Cirúrgico.

Visando otimizar e agilizar o atendimento dos pacientes que realizarão procedimentos cirúrgicos odontológicos eletivos, conservando a segurança do procedimento, deve-se formular critérios de eleição a necessidade da realização do Risco Cirúrgico, através da análise de um questionário voltado aos dentistas do Hospital Militar de Resende.

Portanto, devido à demora usual que existe na realização dos procedimentos pré-operatórios, com a necessidade de exames complementares, pergunta-se a respeito da importância e necessidade, da realização de procedimentos pré-operatórios em todos os pacientes que passarão por cirurgia odontológica. É necessário o pré-operatório em todos os pacientes que irão passar por cirurgia odontológica?

1.2 OBJETIVO

O presente estudo pretende integrar os conceitos básicos e a informação científica relevante e atualizada, a fim de avaliar a importância do procedimento de pré-operatório com necessidade do Risco Cirúrgico nos pacientes que passarão por procedimento cirúrgico odontológico eletivo.

Com a finalidade de delimitar e alcançar o desfecho esperado para o objetivo

geral levantou-se objetivos específicos que conduzirão na consecução do objetivo deste estudo, os quais são transcritos abaixo:

- a. Definir pré-operatório com a realização do Risco Cirúrgico, utilizando os escores do Risco ASA.
- b. Avaliar a importância e necessidade do procedimento pré-operatório nas cirurgias odontológicas.
- c. Tentar discriminar, através de critérios baseados em questionários, os pacientes eletivos a realização dos procedimentos pré-operatórios.
- d. Apresentar os dados e achados estatísticos, apresentados pelos dentistas do Hospital Militar de Resende, dos procedimentos cirúrgicos odontológicos que mais necessitam a realização do Risco Cirúrgico, para maior segurança do procedimento.
- e. Concluir se realmente todos os pacientes devem passar por um procedimento complementar de pré-operatório em cirurgias odontológicas.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES

O atendimento médico e odontológico dos militares, dependentes e servidores civis do EB, tem tido uma demanda de atendimentos cada vez mais significativa e tendo a necessidade cada vez maior de qualidade e segurança dos procedimentos cirúrgicos de qualquer natureza.

Os cirurgiões dentistas do EB atuam em diversos níveis de complexidade de atendimentos, necessitando em alguns casos da realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos, em que muitas das vezes não se sabe sobre o nível de risco dos próprios, criando certa insegurança sobre os dentistas e seus pacientes.

Sendo assim, é de suma importância que tal assunto seja alvo de debates, estudos e questionamentos por parte dos militares de saúde envolvidos neste processo, com enfoque na solução de tal problema, através de questionários e classificação dos escores de predição de risco de óbito para avaliação pré-operatória, com a utilização do Sistema de Classificação do Estado Físico da ASA, que classifica o paciente em seis possíveis estados físicos sendo crescente o percentual de mortalidade entre as classes.

Com o presente estudo, pretendeu-se contribuir para um melhor suporte e segurança para os pacientes e cirurgiões dentistas do EB, sugerindo inovações no sentido de aprimoramento de uma melhor padronização nos critérios para a

avaliação da necessidade de procedimentos pré-operatórios em cirurgias odontológicas.

Constituiu-se em um trabalho que abordou os aspectos dos procedimentos pré-operatórios odontológicos, através de questionários direcionados aos cirurgiões dentistas, com o intuito de avaliar a real necessidade e importância de discriminar ou não os pacientes que realmente necessitam do procedimento pré-operatório, buscando aprimorar as condutas praticadas pelos envolvidos. Apresentam-se, portanto, como reais beneficiários do presente trabalho, o EB, pacientes usuários do sistema de saúde do EB, dentistas e médicos.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado dentro de um processo científico e calcado em procedimentos metodológicos. Assim, nesta seção, será apresentada de forma clara e detalhada como o problema elencado no item 1.1 foi solucionado.

A trajetória desenvolvida pela presente pesquisa teve seu início na revisão teórica do assunto, através da consulta bibliográfica acadêmica de trabalhos e artigos científicos, abordando os assuntos de critérios de cirurgias odontológicas eletivas, conceito de pré-operatório e a classificação de Risco Cirúrgico ASA.

Foram utilizados questionários direcionados aos cirurgiões dentistas, com perguntas objetivas a respeito de indicações de procedimentos pré-operatórios e em que situações.

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada durante o período de dois meses, entre os meses de março e abril, do ano de 2020, com o intuito de reunir e expor tais conceitos e abordar, de forma crítica e sucinta, dentro daquilo que interessa ao presente trabalho, a definição de pré-operatório e Risco Cirúrgico ASA, tentando avaliar a real importância da necessidade dos procedimentos relatados antes de cirurgias odontológicas, e se seria o caso de discriminar as cirurgias que talvez não necessitem dos procedimentos citados.

As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: Procedimentos cirúrgicos odontológicos; Avaliação pré-operatória; e Risco ASA.

O delineamento de pesquisa contemplou as fases de levantamento e seleção da bibliografia; coleta dos dados, crítica dos dados, leitura analítica e fichamento das

fontes, argumentação e discussão dos resultados.

a. Critérios de inclusão:

-Estudos publicados e artigos científicos das bases de dados do Scholar Google.

b. Critérios de exclusão:

- Estudos que não sejam relacionados a procedimentos de pré-operatório em cirurgias odontológicas.

2.1.1 História do Risco Cirúrgico ASA

A fim de orientar o entendimento do assunto abordado no presente trabalho, é de suma importância o conhecimento histórico do procedimento pré-operatório de Risco Cirúrgico.

A avaliação pré-operatória deve ser capaz de estimar possíveis riscos decorrentes do procedimento cirúrgico em cada paciente e, se possível, orientar condutas que possam minimizá-los. Esta estimativa de risco é importante para oferecer ao cirurgião/ equipe e paciente/família informações que devem ser levadas em conta na comparação entre possíveis benefícios e malefícios do procedimento em cada caso. Grande parte desta avaliação é centrada nos riscos de eventos cardiovasculares, que são os eventos que mais contribuem para a mortalidade perioperatória durante cirurgias não cardíacas (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

Uma escala, introduzida por Saklad et al., em 1941 e modificada em 1963, classifica o paciente conforme seu estado clínico geral a partir da presença ou ausência de doença sistêmica e ainda hoje é amplamente utilizada na avaliação pré-operatória (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

A escala citada classifica o paciente em seis possíveis estados físicos sendo crescente o percentual de mortalidade entre as classes. Mais tarde, algoritmos de avaliação cardiológica pré-operatória foram propostos, como o índice de risco cardíaco descrito por Goldman et al., em 1977 (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

Esse índice contempla variáveis referentes à avaliação clínica, eletrocardiograma e o tipo de cirurgia, conferindo pontuações com intuito de estratificar o paciente quanto ao risco de apresentar complicações cardiovasculares ou evoluir para óbito. Porém, o procedimento pré-operatório mais utilizado para

cirurgias odontológicas e cirurgias não cardíacas ainda é o Risco ASA (LOUREIRO; FEITOSA-FILHO, 2014).

2.1.2 Classificação dos Escores de Risco Cirúrgico ASA

Os estudos têm mostrado que a classificação da ASA é um preditor de morbimortalidade inclusive para o indivíduo idoso. Essas escalas, no entanto, são apenas referência no contexto geral em que o médico se ampara. O resultado do tratamento é excelente a partir de uma sequência ininterrupta: correta e absoluta indicação cirúrgica, e operação, urgente ou eletiva, realizada por irrestrita necessidade (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Indicação cirúrgica intempestiva não deixa de constituir o primeiro passo direcionado ao fracasso terapêutico. Elevar o custo operacional com solicitações de exames sem obedecer a criterioso raciocínio clínico não faz sentido e não traz vantagem para o paciente. Nenhum exame complementar foi capaz de orientar ou assumir com absoluta certeza a contra-indicação de uma intervenção cirúrgica (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

As mudanças associadas à idade predispõem a população geriátrica a riscos únicos, provavelmente ausentes em populações mais jovens, por exemplos a insuficiência cardíaca congestiva, a doença isquêmica do coração, a bronco aspiração, o delirium, a pneumonia e infecção do trato urinário. Além destes, pode-se identificar síndrome de fragilidade, estado comumente encontrado neste grupo, não estando proporcionalmente associada à idade, mas às comorbidades. Alguns poderão não ser tão idosos e ter fragilidade, outros serão muito idosos e não a apresentarão, criando-se subgrupos nesta população (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

Escalas de risco cirúrgico que tenham implicações prognósticas em relação ao ato operatório têm sido estudadas e aplicadas nesta avaliação, mas nenhuma delas é específica para o indivíduo idoso. É bem conhecida a Classificação do Estado Físico utilizada pela ASA:

Classe I	Normal. Paciente saudável
Classe II	Doença sistêmica moderada
Classe III	Doença sistêmica severa
Classe IV	Doença sistêmica severa que é uma constante ameaça à

	vida
Classe V	Paciente moribundo. Sem expectativa de sobreviver
Classe VI	Paciente com morte cerebral declarada do qual órgão serão removidos para doação

Quadro 1 – Classificação de Estado Físico da Sociedade Americana de anesthesiologistas (VENDITES; ALMADA-FILHO; MINOSSI, 2010).

2.1.3 Pré-operatório

Existe déficit de conhecimentos sobre o procedimento cirúrgico muitas das vezes pelos pacientes, demarcando a importância das orientações pré-operatórias. A falta de conhecimentos sobre o procedimento e o processo de recuperação são aspectos que podem dificultar a adesão dos pacientes ao processo de reabilitação (CAMPONOGARA et al, 2012).

A avaliação pré-operatória tem como principal objetivo a redução da morbidade associada ao ato anestésico cirúrgico. Nesta avaliação, todas as informações relacionadas à história clínica do paciente, ressaltando-se os dados de absoluto interesse, devem ser obtidas, bem como, devem ser determinados quais exames complementares serão necessários para a conclusão da mesma (DO NASCIMENTO JUNIOR; CASTIGLIA, 1998).

Entre os vários exames subsidiários recomendados durante a avaliação pré-anestésica, está o eletrocardiograma (ECG). Muitas dúvidas existem quanto à sua realização pré-operatória rotineira naqueles indivíduos absolutamente assintomáticos. Nessas circunstâncias, é indicado, na maioria das vezes, em função da idade dos doentes. Contudo, mesmo assim, é grande a variedade de opiniões sobre a partir de que idade o ECG pré-operatório deva ser solicitado rotineiramente (DO NASCIMENTO JUNIOR; CASTIGLIA, 1998).

Há consenso em relação à indicação do ECG, a partir de achados de história clínica e/ou exame físico. A realização de ECG de 12 derivações tem sido recomendada para adultos antes de várias cirurgias, envolvendo anestesia geral ou regional (DO NASCIMENTO JUNIOR; CASTIGLIA, 1998).

Existe uma gama enorme de opiniões no que se refere à solicitação deste exame como rotina integrante da avaliação pré-operatória, principalmente quanto à idade a partir da qual ele deve ser solicitado, em se tratando de pacientes assintomáticos (DO NASCIMENTO JUNIOR; CASTIGLIA, 1998).

Há aqueles que acreditam que seja a partir dos 40 anos, outros a partir dos 50 anos, alguns se referindo aos 60 anos de idade e, também, há os que afirmam que ele é desnecessário como integrante da rotina pré-operatória. Também, é mostrado que o ECG realizado rotineiramente em pacientes durante a admissão hospitalar e em pacientes a serem submetidos a cirurgias ambulatoriais, sem uma relação com sua história clínica, não traz qualquer benefício, além de desfavorecer a relação custo-benefício desse exame (DO NASCIMENTO JUNIOR; CASTIGLIA, 1998).

Devido à dor, apreensão e/ou medo, muitos pacientes desenvolvem uma intensa alteração psicossomática durante o tratamento odontológico. Dessa forma, é desencadeada no organismo uma série de fenômenos que determinam a elevação da pressão arterial e taquicardia, que em conjunto com outras alterações determinarão um quadro típico de estresse, ocorrendo variação da pressão arterial e da frequência cardíaca, nos estágios pré, trans e pós-operatórios, em indivíduos submetidos à extração dentária (FERRAZ et al., 2013).

Na fase pré-anestésica são normalmente encontrados os maiores valores de frequência cardíaca e pressão arterial sistólica. Já o pico da pressão arterial diastólica é encontrado na fase de remoção do dente (FERRAZ et al., 2013).

Pode-se dizer que as variações da pressão arterial e da frequência cardíaca durante o procedimento de exodontia podem ser atribuídas ao estresse causado pelo ato cirúrgico, uma vez que mesmo antes da administração do anestésico local com vasoconstritor já houve um aumento da pressão sistólica e da frequência cardíaca, assim como ocorre um declínio gradual desses valores com a finalização do procedimento (FERRAZ et al., 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é geralmente um assintomático que faz parte das doenças do aparelho circulatório. O tratamento médico geralmente consiste no controle da dieta e na utilização de medicações anti-hipertensivas. A importância do conhecimento da hipertensão arterial para o tratamento odontológico reside no fato desta patologia sistêmica ser considerada um fator de risco para estes pacientes durante o atendimento. É recomendado a redução de ansiedade, com uso de ansiolíticos, o que vai reduzir o nível de catecolaminas circulantes (SANTOS et al., 2009).

A *Passiflora incarnata* apresenta um efeito ansiolítico similar ao Midazolam, sendo segura e eficaz na sedação consciente de pacientes adultos submetidos à exodontias (CUNHA et al., 2015).

2.1.4 Cirurgia Odontológica

O cuidado com a saúde em âmbito hospitalar exige o trabalho em equipe multidisciplinar, fato que demandou a introdução da Odontologia nesse ambiente de trabalho (GODOI et al., 2013).

No ambiente hospitalar, as responsabilidades são compartilhadas entre médicos, cirurgiões-dentistas e toda equipe assistente. De modo geral, nos hospitais são atendidos pacientes cuja condição de saúde contraindica ou impede a realização de intervenções no consultório odontológico, devido à falta de infraestrutura ou mesmo à ausência de uma equipe auxiliar treinada (GODOI et al., 2013).

Por outro lado, o atendimento odontológico a pacientes hospitalizados portadores de enfermidades sistêmicas contribui efetivamente para a recuperação destes (GODOI et al., 2013).

Desse modo, o cirurgião-dentista deve estar presente nos hospitais e deve estar preparado para o atendimento odontológico, em condições específicas e diferenciadas do cotidiano do consultório. Para o paciente em regime de convalescença ou tratamento, a assistência odontológica em ambiente hospitalar é favorecida por contar com maiores recursos diante de situações de urgência e emergência, além do trabalho, quando em equipe, proporcionar melhores condições de saúde ao paciente (GODOI et al., 2013).

A remoção de um dente representa um dos principais procedimentos cirúrgicos executados na clínica odontológica. No que se refere ao idoso, reveste-se de uma vasta gama de cuidados. A extração de elementos dentais nesses indivíduos pode ficar dificultada em decorrência de anquilose óssea e maior friabilidade da estrutura dentária, o que exige mais atenção no manejo de fórceps e elevadores. As indicações de exodontia em tal faixa etária estão com frequência associadas à destruição do suporte dental, por doença periodontal, ou às variadas necessidades protéticas. Nas exodontias simples, a técnica cirúrgica é semelhante à adotada em jovens e atenta-se para o fato de que as tábuas ósseas não apresentam mais a mesma elasticidade, estando, pois, mais susceptíveis a fraturas. Nos casos de múltiplas exodontias, o processo alveolar precisa estar adequadamente exposto em um retalho do tipo envelope, e mostra-se oportuno fazer osteoplastias e remoção de espículas ósseas, para promover uma anatomia mais confortável à instalação da

futura prótese. No sentido de trazer conforto ao paciente, as exodontias múltiplas devem ser desdobradas em mais de uma etapa, sobretudo nos casos de dentes retidos, sempre que a prática clínica permitir optar pelo acompanhamento da evolução do caso sem adoção de uma terapia invasiva. Todavia a cirurgia de remoção de elementos inclusos visa evitar que outras patologias se instalem, como, por exemplo, doença periodontal, cárie, pericoronarite, formação de cistos e tumores, reabsorção radicular, fratura de mandíbula, dor de etiologia desconhecida e mal oclusões. Por isso, o profissional tem a responsabilidade de analisar os benefícios e os prejuízos que a intervenção venha a acarretar ao idoso. Caso a remoção de vários dentes seja planejada para uma única sessão, é interessante seguir uma ordem lógica, evitando hemorragias desnecessárias e reduzindo o tempo cirúrgico: efetuar as incisões inicialmente no rebordo inferior e de posterior para anterior, fazer a luxação em todos os elementos a serem retirados e executar as exodontias de anterior para posterior. Após a curetagem e as correções de tecidos moles e duros, proceder à hemostasia e à sutura de anterior para posterior (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

A realização de procedimento odontológico é vista como um ato desconfortante e apreensivo para muitas pessoas. Mesmo com os avanços tecnológicos que tentam minimizar essa aflição, cerca de 20% dos pacientes adultos ainda relatam temor ao visitar o Cirurgião Dentista e outra importante parcela menciona ter passado por pelo menos um episódio de dor (COSTA et al., 2012).

A ansiedade, um sentimento comum aos pacientes submetidos a tratamento odontológico, é um fenômeno de resposta a alguma ameaça, sendo relacionada com o medo e a dor. Esse desconforto, por sua vez, é refletido em alterações comportamentais e fisiológicas, sendo que estas são importantes no estado geral do paciente, uma vez que são refletidas nos sinais vitais dos pacientes (COSTA et al., 2012).

A expectativa e o medo podem influenciar na pressão arterial, causar taquicardia, alterar a temperatura, a pulsação e a frequência respiratória do paciente. Dessa forma, pacientes ansiosos sofrem maiores expectativas e podem apresentar variações em seus sinais vitais, exigindo que o profissional faça um monitoramento pré, trans e pós-operatório dos mesmos (COSTA et al., 2012).

A presença da ansiedade propicia alteração nos sinais vitais dos pacientes. Essa alteração foi evidenciada no momento pré-operatório, na pressão arterial do grupo de pacientes com ansiedade moderada (COSTA et al., 2012).

Através de um estudo, realizou-se por meio de um levantamento retrospectivo de oito anos, um delineamento do perfil da implantodontia dentro da Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-Unicamp). Foram revisados ao todo 1422 prontuários cujos pacientes deveriam ser submetidos a procedimentos reabilitadores através da instalação de implantes dentários endósseos osseointegráveis (STABILE et al., 2006).

Os pacientes em questão foram caracterizados quanto à cor, gênero, idade, história médica pregressa, vícios e queixa principal. Os procedimentos realizados foram divididos em: procedimentos reconstrutivos (distração osteogênica, lateralização do nervo alveolar inferior, enxertos ósseos autógenos, enxertos ósseos heterógenos e levantamento de seio maxilar), sendo qualificados quanto ao momento de execução (previamente à instalação de implantes, de modo concomitante, ou ainda posteriormente a estes), região dos maxilares que foram reconstruídas por meio destes procedimentos e materiais utilizados, ou ainda procedimentos implantodônticos (número, dimensões, propriedades e região de instalação dos implantes dentários) (STABILE et al., 2006).

Do universo analisado 732 prontuários obedeceram aos critérios de inclusão. Desses, 65,16% eram do gênero feminino, com prevalência de pacientes na quinta década de vida; 21,31% relataram alterações sistêmicas e 19,26% dos pacientes utilizavam medicação de uso contínuo (STABILE et al., 2006).

O motivo que mais levou os pacientes a buscar um tratamento reabilitador através de implantes dentários foi a ausência dentária em 33,33% dos casos. Procedimentos reconstrutivos foram empregados em 38,52% dos pacientes, sendo esses: 15 distrações osteogênicas; seis lateralizações do nervo alveolar inferior, 256 enxertos ósseos autógenos, 31 enxertos ósseos heterógenos e 72 pacientes receberam elevações de seio maxilar. Foram instalados 1649 implantes, perfazendo uma média de 2,25 implantes por paciente sendo a região anterior de maxila a mais reabilitada com 29,29% dos implantes instalados. Ao todo 62 implantes (3,75%) foram classificados como perdas primárias, sendo que a proporção de implantes perdidos em áreas reconstruídas ou em osso nativo foi semelhante (3,86% e 3,72% respectivamente) (STABILE et al., 2006).

Como conclusão observamos que o perfil da população atendida no serviço em questão é principalmente de indivíduos da cor branca, gênero feminino e idade média de 42 anos, com queixa de ausência de um ou mais elementos dentários (STABILE et al., 2006).

Os procedimentos reconstrutivos foram em sua maioria enxertos ósseos autógenos de sítios doadores intrabucais realizados previamente à instalação de implantes dentários e que a taxa de perdas primárias entre implantes instalados em osso reconstruído e em osso nativo é bastante semelhante (STABILE et al., 2006).

A Odontologia é responsável por manter as condições de saúde bucal satisfatórias, que proporcionem o exercício adequado das funções mastigatória, estética e fonética, de modo a criar repercussões positivas sobre a saúde geral e o estado psicológico do indivíduo em idade avançada (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

O paciente idoso apresenta as mais diversas necessidades cirúrgicas, sendo muitas delas semelhantes às encontradas em jovens. Tais procedimentos podem variar de simples exodontias até cirurgias maxilofaciais complexas. Contudo a presença de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais e outras condições associadas ao processo de envelhecimento tornam o paciente idoso um caso especial, que precisa de uma visão integral em termos de tratamento médico e odontológico (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

A indicação, a natureza e a extensão da terapêutica cirúrgica dependem das alterações sistêmicas do sujeito, causadas por sua condição de saúde geral, e daquelas específicas aos tecidos bucais, geralmente decorrentes dos efeitos colaterais. As principais condutas cirúrgicas na odontogeriatrics são as exodontias, as cirurgias pré-protéticas e a instalação de implantes osteointegrados, todos com indicações pertinentes com vistas ao bem estar físico e social da pessoa idosa (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

Muitas pessoas omitem dados concernentes ao seu estado de saúde geral no preenchimento das fichas de anamnese. Assim, os exames laboratoriais mostram-se excelentes recursos para identificação da real condição sistêmica do indivíduo e possuem grande utilidade na avaliação pré-operatória em pacientes de idade avançada (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

Com frequência solicitam-se hemogramas completos (série branca e vermelha e plaquetas), coagulogramas (TT, TTPa e INR) completos, teste de

glicemia em jejum, avaliação da função renal (dosagem de ureia e creatinina no soro) e da função hepática (TGO, TGP, bilirrubina, albumina e fosfatase alcalina) e avaliação cardiológica (eletrocardiograma e radiografia de tórax) (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

Os pacientes geriátricos, de um modo geral, requerem mais atenção do profissional quanto ao risco de infecção, à alteração na coagulação e cicatrização da ferida cirúrgica, à capacidade de metabolização dos fármacos administrados e às suas interações, à sobrecarga ao aparelho cardiocirculatório, aos fatores locais, como fragilidade óssea por atrofia e anquiloses, e sobretudo ao estresse emocional (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

Uma das maiores complicações cirúrgicas consiste no risco de endocardite bacteriana, uma infecção do endocárdio que também acomete outras estruturas do coração, como as comunicações interventriculares e as próteses valvares (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

A terapia antibiótica tem sido indicada para preveni-la, quando indivíduos susceptíveis são submetidos a intervenções odontológicas que ocasionem sangramento e possibilitem a ocorrência de bacteremia transitória, ou seja, a penetração de bactérias da microbiota bucal na corrente circulatória (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

As condições cardiovasculares de alto risco que exigem profilaxia antibiótica são: válvulas cardíacas protéticas, endocardite bacteriana prévia e defeitos congênitos graves. Preconiza-se, portanto, a administração via oral de 2 g de amoxicilina. Nos casos em que há impossibilidade de ingestão do medicamento, prescrevem-se 2 g de ampicilina via intramuscular (IM) ou intravenosa (IV), ou 1 g de cefazolina ou ceftriaxona, sendo o regime geral de administração dos fármacos nas situações de profilaxia antibiótica, em dose única cerca de 30 ou 60 minutos antes do procedimento (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

As recomendações de terapêutica anticoagulante vêm se tornando cada vez mais frequentes na prática clínica. Há até mesmo uma grande diversidade de opiniões tanto na área médica quanto na odontológica em relação a como realizar um tratamento odontológico seguro em pacientes anticoagulados com cumarínicos, sem contar o recorrente uso de ácido acetilsalicílico (AAS) como antiagregante plaquetário, causando maior risco de hemorragia. Logo, em casos de cirurgias de

maiores proporções, como extrações múltiplas, e que envolvam retalhos extensos, a suspensão ou substituição de tais drogas deve ser avaliada em conjunto com o médico. Contudo, existe a possibilidade do emprego de métodos hemostáticos locais quando a administração da medicação não pode ser interrompida (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

Entre os materiais com ação hemostática, os mais comuns são esponja de gelatina reabsorvível, esponja de colágeno, celulose oxidada, bochecho com ácido tranexâmico e selante de fibrina, todos eles com bons resultados na hemostasia local. Sujeitos usando cumarínicos com INR (índice normatizado internacional, referência para tempo de coagulação) menor que 4.1 podem passar por exodontias sem alteração no tocante à medicação (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

As exodontias a fórceps não complicadas de um a três dentes em pacientes com INR menor que 3.5 e sem outros fatores de risco (como ingestão de AAS, álcool ou outras coagulopatias) associadas a hemostáticos locais são passíveis de serem realizadas sem mudar a medicação anticoagulante (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

Existem várias técnicas de enxertia com enxertos autógenos, xenógenos e alo enxertos. O enxerto do tipo autógeno apresenta melhores resultados para a reconstrução de rebordos maxilares e mandibulares, por possuir características idênticas às do osso perdido, propriedades osteogênicas, osteocondutivas e osteoindutivas, o que minimiza a quantidade de resposta antigênica. É possível coletar os enxertos ósseos da sínfise mandibular, do ramo mandibular, da tuberosidade, do tórus intrabucal, da calota craniana, da crista ilíaca e tibia. Merecem destaque os comprometimentos sistêmicos maiores, como doenças renais e hepáticas graves, osteoporose, osteomalacia e radioterapia, alterações que levam à contraindicação médica do uso de implantes. Infecções crônicas, como doença periodontal, além de não comportarem momentaneamente o emprego de implantes, talvez impliquem dificuldades motoras ou de motivação do sujeito em relação à sua higiene bucal. Portanto, esse quesito precisa ser sempre avaliado com seriedade, pois é de alto risco na manutenção futura da integridade dos implantes. Apesar das contraindicações aos implantes, podem ser usados na grande maioria dos pacientes, independentemente da idade (DE ALENCAR; DE ANDRADE; DE VASCONCELOS CATÃO, 2011).

2.2 COLETA DE DADOS POR QUESTIONÁRIOS

Na sequência do aprofundamento teórico a respeito do assunto, o delineamento da pesquisa contemplou a coleta de dados por meio de questionários.

O estudo foi limitado particularmente aos oficiais dentistas do Hospital Militar de Resende, que atuam nos atendimentos da Odontoclínica. Assim, a amostra de pessoal a participar da pesquisa através dos questionários foi definida de forma a fornecer ao pesquisador opiniões e observações advindas de um público cujo grau de formação e experiência profissional (oficiais do EB) atendessem aos requisitos exigidos para a consecução dos objetivos propostos.

Os instrumentos utilizados por este estudo foram as pesquisas e os questionários, que foram enviados aos dentistas do Hospital Militar de Resende, sendo realizados, em caráter voluntário, pela amostragem já delimitada.

Os questionários foram montados com perguntas, mistas, com o objetivo de trazer a influência das experiências profissionais, ligados à temática abordada. O preenchimento das perguntas, permitiram a realização das estatísticas necessárias à execução das análises e conclusões, e à aquisição de contribuições ou detalhamentos que enriqueceram tais resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos com a pesquisa bibliográfica e com os questionários, foram analisados de forma lógica e pragmática, possibilitando conclusões coerentes.

Assim, visto que os questionários visaram à reunião de dados advindos de opiniões e conhecimentos profissionais da área, estes foram analisados através de sua moda estatística, representando, portanto, o pensamento desenvolvido ou concebido pela maioria dos elementos da amostra (representando um possível consenso, dependendo de sua expressividade) que realizou o questionário.

Com relação às dimensões, foram abordados os conceitos relacionados ao pensamento profissional específico a cerca da questão, bem como o entendimento quanto a importância do pré-operatório em cirurgias odontológicas.

O estudo foi limitado particularmente aos oficiais dentistas do Hospital Militar de Resende.

O cronograma de execução do projeto de pesquisa foi realizado através da coleta de dados de questionários respondidos pelos dentistas do Hospital Militar de

Resende, de caráter voluntário, porém com a identificação dos profissionais que responderam os questionários, para fins de estatística. Os questionários foram respondidos com caneta esferográfica e assinados pelos dentistas, no período entre 4 de março e 23 de julho, do ano de 2020, seguindo o modelo em anexo, e após as respostas e coleta de informações, os dados foram analisados.

Foram doze participantes, todos dentistas e oficiais do EB, que servem no Hospital Militar de Resende, sendo três homens e nove mulheres. Dentre eles, sendo dois capitães, nove primeiros tenentes e um aspirante.

Sobre a pergunta número um do questionário, que questiona se seria necessário a realização de um procedimento de pré-operatório antes de qualquer cirurgia odontológica, nove participantes responderam que sim e três que não.

Em relação ao questionamento do item dois das perguntas, os tipos de cirurgias odontológicas mais indicadas e citadas, com a realização prévia do procedimento de pré-operatório, foram implante dentário, exodontia (extração) de terceiro molar, cirurgia de aumento de coroa, exodontia, biopsia e extração de siso. Outras dez tipos diferentes de cirurgias odontológicas foram também citadas, de forma isolada, pelos diversos participantes.

O gráfico a seguir ilustra melhor os dados obtidos com as resposta do item dois do questionário:

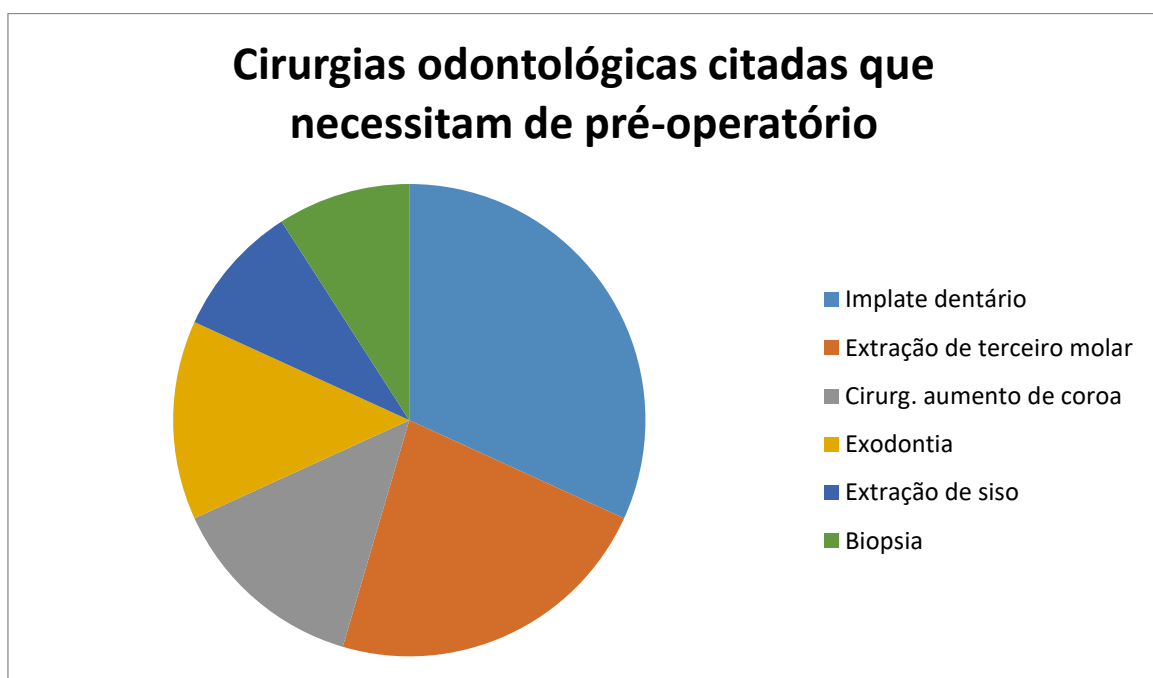


GRÁFICO 1 – Cirurgias odontológicas mais citadas dentre os participantes da pesquisa, que indicam o procedimento pré-operatório prévio.

Fonte: O autor.

Dentre as dez tipos diferentes de cirurgias odontológicas, citadas somente uma vez de forma isolada, pelos diversos participantes, foram:

- Cirurgia perirradicular;
- Cirurgia oral menor;
- Cirurgia ortognática;
- Cirurgia de ATM;
- Bichectomia;
- Enxerto;
- Cirurgia oral maior em pacientes com problemas de saúde sistêmicos;
- Em pacientes com história de hemorragia;
- Em pacientes idosos em cirurgia sob anestesia;
- Em pacientes com alterações sistêmicas.

E finalmente, em relação a terceira e última pergunta, respondida pelos participantes da pesquisa, em que questiona se teria alguma cirurgia odontológica que não precisaria do procedimento pré-operatório, seis responderam que sim e a outra metade respondeu que não.

Dentre as cirurgias citadas, em que não precisaria ter a necessidade de um procedimento pré-operatório, foram a Exodontia simples (citada por quatro participantes), Frenectomia (citada por dois participantes), sendo indicada por um participante somente em crianças sem doença de base. E dentre as mais citadas, as Exodontias de dentes decíduos (citada por dois participantes), sendo indicada por um participante somente em crianças sem comorbidades.

Outras oito situações e cirurgias citadas em uma única vez pelos participantes, em que não precisaria ter a necessidade de um procedimento pré-operatório, foram:

- Cirurgias em jovens;
- Em pacientes saudáveis e sem alterações sistêmicas;
- Cirurgia buco maxilar de Peterson;
- Extração de terceiro molar;
- Ulectomias;
- Cirurgias periodontais;
- Exodontias de raízes residuais;
- Gengivoplastia em pacientes com Risco ASA I;

Analisando os dados acima, pode-se levar a algumas discussões, comparando as respostas e resultados estatísticos, dentre os participantes oficiais dentistas, citadas no questionário.

As respostas não foram discriminadas e comparadas entre os sexos dos participantes, levando em consideração que a maioria foi de mulheres. Também não ocorreu análise discriminatória, com comparações dentre as respostas, entre os três diversos postos dos oficiais participantes, sendo que não tivemos segundos tenentes, nem oficiais superiores, e a maioria foi de primeiro tenente.

Outra questão que não foi levantada, foi discriminar ou comparar as subespecialidades e experiências profissionais dos participantes.

A maioria dos participantes, respondeu que indicariam sempre um procedimento pré-operatório antes de cirurgias odontológicas, porém metade respondeu que existiriam cirurgias odontológicas que não teriam necessidade de procedimento pré-operatório, no item três do questionário. Observa-se um viés nas diferentes respostas, em comparação com o início do questionário, comparando com o final do próprio em alguns poucos participantes. Esperaria quase a mesma proporção naqueles que indicam sempre o procedimento pré-operatório e aqueles que nem sempre indicam.

Duas cirurgias citadas, Extração de terceiro molar e Exodontia simples, foram mencionadas por participantes que indicam sempre o procedimento pré-operatório e também por aqueles que não veem necessidade do procedimento prévio. Isto é, a decisão de solicitar o pré-operatório parece ser de uma opinião pessoal, não havendo consenso nas duas cirurgias citadas.

Tem de se destacar, a quantidade heterogênea e diversa de cirurgias odontológicas citadas. Esperava-se um consenso maior entre as cirurgias indicadas, porém como o questionário limitou as respostas, que poderiam ser diversas, pode-se sugerir que as respostas foram aleatórias e próprias das experiências pessoais dos participantes.

Chamou atenção a pouca indicação de pré-operatório em biópsias, porém pode-se sugerir também, a experiência pessoal de cada um, que respondeu o questionário com limitações das respostas.

Apesar do questionário, voltado aos oficiais dentistas, perguntar apenas os tipos de cirurgias odontológicas em que os participantes da pesquisa, indicaram ou não sempre um procedimento pré-operatório, verificou-se algumas citações sobre o

tipo de paciente, perfil e história clínica do próprio. Na avaliação do procedimento pré-operatório de risco cirúrgico, a classificação ASA do paciente já é avaliada para o cirurgião dentista. Sendo assim, o objetivo das perguntas foi em relação a determinar os tipos de cirurgias odontológicas que indicariam ou não a necessidade do procedimento pré-operatório, independente do perfil do paciente. Todavia, pode-se sugerir que, por si só já seria um critério para determinar a necessidade ou não do procedimento pré-operatório.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto às questões de estudo e objetivos propostos no início deste trabalho, conclui-se que a presente pesquisa atendeu ao pretendido, pois conseguiu analisar que é importante a realização do procedimento pré-operatório para cirurgias odontológicas, na maioria dos casos.

A revisão de literatura possibilitou concluir que, a classificação de risco cirúrgico ASA é o método mais utilizado para avaliação de pacientes em procedimento pré-operatório de cirurgias odontológicas, e que o componente ansiedade dos pacientes tem que ser considerado nos procedimentos cirúrgicos desses pacientes.

Conclui-se, portanto, que é importante a realização do procedimento pré-operatório em cirurgias odontológicas na maioria dos casos e que a classificação de risco cirúrgico ASA deve ser o método utilizado.

REFERÊNCIAS

CAMPONOGARA, Silviamar et al. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 382-390, 2012.

COSTA, R. R. et al. Avaliação da influência da expectativa e da ansiedade do paciente odontológico submetido a procedimento cirúrgico a partir de seus sinais vitais. **Rev odontol UNESP**, v. 41, n. 1, p. 43-47, 2012.

CUNHA, Rafael Soares da et al. Estudo comparativo da efetividade de três drogas ansiolíticas em cirurgia de terceiros molares inclusos: ensaio clínico randomizado. **Teses e Dissertações. Universidade Federal de Sergipe**, 2015. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/5914>. Acesso em: 25 jul. 2020.

DE ALENCAR, Catarina Ribeiro Barros; DE ANDRADE, Francisco Juliherme Pires; DE VASCONCELOS CATÃO, Maria Helena Chaves. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 2, p. 200-210, 2011.

DO NASCIMENTO JUNIOR, Paulo; CASTIGLIA, Yara Marcondes Machado. O Eletrocardiograma como Exame Pré-Operatório do Paciente sem Doença Cardiovascular. É Mesmo Necessário?. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 48, n. 5, p. 352-361, 1998.

FERRAZ, Eduardo Gomes et al. Avaliação da variação da pressão arterial durante o procedimento cirúrgico odontológico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 3, p. 223-229, 2013.

GODOI, Ana Paula Terossi de et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 2, p. 105-109, 2013.

LOUREIRO, Bruna Melo Coelho; FEITOSA-FILHO, Gilson Soares. Escores de risco perioperatório para cirurgias não-cardíacas: descrições e comparações. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 12, n. 4, p. 314-20, 2014.

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

STABILE, Glaykon Alex Vitti et al. Avaliação retrospectiva de oito anos dos procedimentos implantodônticos associados ou não a procedimentos reconstrutivos realizados na Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. **Tese e Dissertação. Unicamp**, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/288693>. Acesso em: 25 jul. 2020.

VENDITES, Soraya; ALMADA-FILHO, Clineo de Melo; MINOSSI, José Guilherme. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 23, n. 3, p. 173-182, 2010.

ANEXO**QUESTIONÁRIO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO PRÉ-OPERATÓRIO (RISCO CIRÚRGICO) EM CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS:**

POSTO: _____

NOME DE GUERRA: _____

OBS: Os nomes acima dos militares que responderem o questionário servem apenas para fins de controle de estatística e NÃO serão divulgados no trabalho científico produzido pelo CAP WAGNER TEIXEIRA BASTOS JUNIOR.

PERGUNTAS:

1- Considerando que o procedimento de pré-operatório necessita da realização de exames complementares e risco cirúrgico, o(a) senhor(a) considerada sempre necessário a realização de um procedimento de pré-operatório antes de qualquer cirurgia odontológica?

 SIM

 NÃO

2- Cite no máximo 3 principais tipos de cirurgias odontológicas que você indicaria o procedimento de pré-operatório:

3- Teria alguma(s) cirurgia(s) odontológica(s) que NÃO precisaria do procedimento pré-operatório na sua opinião?

 SIM

 NÃO

Se SIM, Qual ou Quais (cite no máximo 3 principais tipos)?

Resende-RJ, ____ / _____ / 2020.

Assinatura: _____