

PATRÍCIA FONSECA GUEDES CONCEIÇÃO



**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO
DE CIRURGIÕES-DENTISTAS
QUANTO AO TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO EM USUÁRIOS
DE ANTICOAGULANTES ORAIS**

Salvador
2022

PATRÍCIA FONSECA GUEDES CONCEIÇÃO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-
DENTISTAS QUANTO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM
USUÁRIOS DE ANTICOAGULANTES ORAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Miranda Leite Ribeiro

Salvador

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Conceição, Patrícia Fonseca Guedes.

Avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas quanto ao tratamento odontológico em usuários de anticoagulantes orais / Patrícia Fonseca Guedes Conceição. - 2022.

65 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Miranda Leite Ribeiro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2022.

1. Cirurgiões-dentistas - Avaliação. 2. Conhecimento profissional. 3. Anticoagulantes. 4. Hemostáticos. 5. Tratamento odontológico. I. Ribeiro, Patrícia Miranda Leite. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título.

CDD 617.7 - 23. ed.

Elaborada por Maria Auxiliadora da Silva Lopes - CRB-5/1524

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ICS



PATRÍCIA FONSECA GUEDES CONCEIÇÃO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS QUANTO
AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM USUÁRIOS DE
ANTICOAGULANTES ORAIS**

Salvador, 10 de outubro de 2022

Banca examinadora

Patrícia Miranda Leite Ribeiro (Orientadora)

Doutora em Odontologia, pela Universidade Federal da Paraíba
Universidade Federal da Bahia

Viviane Almeida Sarmiento

Doutora em Odontologia (Estomatologia Clínica), pela Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul
Universidade Federal da Bahia

Vinicius da Costa Vieira

Mestre em Medicina e Saúde, pela Universidade Federal da Bahia
Faculdade Batista Brasileira

Dedico este trabalho:

Aos pacientes pelos quais busco me dedicar e aprender cada dia mais, para prestar-lhes um cuidado integral e atendimento humanizado, contribuindo de alguma maneira para sua melhor qualidade de vida.

Aos meus colegas e futuros colegas de profissão, para que esta dissertação possa contribuir no desenvolvimento de publicações e ações de difusão de informações qualificadas e assertivas em relação à abordagem no atendimento a indivíduos em uso de anticoagulantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida, razão da minha fé e fortaleza.

Aos meus pais, Agda e Geraldo, aos quais eu devo tudo em minha vida, por sempre estarem ao meu lado, que oram e torcem por mim e que me possibilitaram esta e tantas outras conquistas.

Aos demais familiares e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para que eu concretizasse mais esta etapa na minha formação profissional.

Ao meu filho João Vitor, que me dá forças, sentidos e razões para concluir mais este ciclo em minha vida, motivando-me a seguir em frente.

Ao meu esposo Welton, companheiro de todas as horas, meu maior incentivador e fonte de inspiração diária, que luta junto a mim com garra e determinação todos os dias para realização dos nossos sonhos e não mede esforços em me auxiliar em tudo que preciso, sempre com palavras e gestos de encorajamento e admiração.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Patrícia Miranda Leite Ribeiro, pelos os seus ensinamentos, pela imprescindível orientação, paciência e confiança. Meu grande exemplo de profissional, mas também de ser humano de coração nobre e grandioso.

À Associação Brasileira de Odontologia - Seção Bahia, pela disponibilidade na divulgação do convite para apresentação deste estudo.

À Universidade Federal da Bahia, através do: Instituto de Ciências da Saúde (ICS), onde cursei o mestrado no PPgPIOS.

Aos colegas e amigos, em especial, Ana Paula Vaz, Geison Frank, Jéssica Alves, Rafaela Oliveira e Renata Portela, por tornarem esta jornada mais aprazível e por todo auxílio e troca de conhecimentos.

Ao Sr. Carlos, por ser sempre tão solícito com todos nós.

À Faculdade de Odontologia (FOUFBA), na qual tive a oportunidade de realizar meu tirocínio docente, expresso meu total agradecimento pelo privilégio de aprender com grandes docentes e discentes, em especial, a graduanda Isabelle Rebouças pela primorosa contribuição nos resultados desta pesquisa.

A todos os participantes, que empenharam seu tempo, seu conhecimento e contribuíram com as respostas ao questionário para o levantamento dos dados deste estudo, expresso a minha gratidão.

*“Tudo tem seu tempo determinado e há tempo para todo propósito
debaixo do céu”.*
(Eclesiastes 3:1)

CONCEIÇÃO, Patrícia Fonseca Guedes. **Avaliação do conhecimento de cirurgiões dentistas quanto ao tratamento odontológico em usuários de anticoagulantes orais.** 2022. Orientador: Patrícia Miranda Leite Ribeiro. 64 f. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Introdução: Os anticoagulantes orais são medicamentos que visam, entre outras propriedades, prevenir eventos tromboembólicos em indivíduos portadores de doenças cardiovasculares. É crescente o número de indivíduos que necessitam de tratamento odontológico e fazem uso de anticoagulantes; desse modo, é imprescindível, por parte do cirurgião-dentista, o conhecimento referente às implicações e devidas condutas terapêuticas no tratamento odontológico desses indivíduos. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento de cirurgiões-dentistas quanto ao tratamento odontológico em usuários de anticoagulantes orais, com a finalidade de identificar os seus conhecimentos acerca dos devidos manejos odontológicos e clínico-cirúrgicos na prestação de atendimento a esses indivíduos. **Material e Métodos:** O levantamento de dados para o estudo foi realizado a partir da aplicação de um questionário *on-line*, enviado por meio de redes sociais e de correio eletrônico, e teve como público alvo cirurgiões-dentistas. A amostra do estudo foi composta por 173 participantes. Os dados foram analisados mediante o uso do *software* R (versão 4.1.2), onde se realizou análise descritiva (frequência absoluta/relativa), com a finalidade de identificar as características gerais e específicas da amostra estudada. **Resultados:** Um total de 82,7% dos participantes afirmam que já realizaram em sua rotina clínica algum tipo de procedimento cirúrgico, afirmando sentirem-se preparados para atender usuários de anticoagulantes orais, bem como referem ter segurança quanto aos anestésicos a serem administrados e afirmam ainda saber quais medicamentos devem ser prescritos; contudo, alegam que a frequência de atendimento a indivíduos com esse perfil é rara. No que se refere à definição de conduta terapêutica, a maioria exhibe respostas assertivas, denotando conhecimento parcial quanto aos exames laboratoriais a serem solicitados, bem como em relação às condições sistêmicas dos pacientes que requerem o emprego de anticoagulantes orais. Quanto à ocorrência de episódio hemorrágico e a medidas adotadas para controle do sangramento, 54,3% dos participantes afirmam que nunca houve casos de hemorragia, sendo citada a compressa com gaze e os agentes hemostáticos locais como principais medidas de controle; vale ressaltar que 1,2% referiram a necessidade de encaminhamento do indivíduo para outro nível de atenção. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que são necessárias mais ações de difusão de informações qualificadas em relação à abordagem no atendimento odontológico de pacientes em uso de anticoagulantes, por meio de educação continuada, com fins de assegurar a integralidade no processo de cuidado, sendo os cirurgiões-dentistas agentes imprescindíveis nesse processo, o qual por vezes ocorre em atuação conjunta com equipes multiprofissionais, em todos os níveis de atenção à saúde.

Palavras-chave: Anticoagulantes; Hemostáticos; Odontologia.

CONCEIÇÃO, Patrícia Fonseca Guedes. **Evaluation of the knowledge of dental surgeons regarding dental treatment in users of oral anticoagulants.** Advisor: Patrícia Miranda Leite Ribeiro. 64 s. Dissertation (Master in Interactive Processes of Organs and Systems) – Institute of Health Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Oral anticoagulants are used as medicine that aims, among other effects, to prevent thromboembolic events in individuals with cardiovascular diseases. There is an increasing number of individuals who require dental treatment and use of anticoagulants; thus, it is essential to know, on the part of the dental surgeon, about the implications and appropriate therapeutic approaches in dental treatment for these individuals. **Objective:** To assess the level of knowledge of dental surgeons about dental treatment in users of oral anticoagulants, in order to identify their knowledge about appropriate dental and clinical surgical procedures in the care of these individuals. **Material and Methods:** Data-collecting for study was carried out from the application of an online questionnaire that was sent through social media and email, and its public target was dental surgeons with active license from Federal Board of Dentistry/Regional Board of Dentistry. Study sample consisted of 173 participants. Data were analyzed using R *software* (4.1.2 version), which performed a descriptive analysis (absolute/relative frequency) in order to identify general and specific characteristics of the sample. **Results:** A total of 82.7% participants state that already carried out some kind of surgical procedure in their clinical routine and state that feel prepared to attend oral anticoagulants users, besides claiming that have confidence regarding anaesthetics to be administered and state that know which drugs must be prescribed, however state that frequency of attendance to individuals with this profile is rare. With regard to the definition of therapeutic conduct, majority of sample showed assertive answer but expressed limited knowledge about laboratory tests to be requested as well as about systemic conditions of patients that need oral anticoagulants. Regarding the occurrence of bleeding episode and adopted measures to control bleeding, 54,3% of participants stated that there were never cases of hemorrhage, for which they suggested gauze compress and local hemostatic agents as the main control measures; it is important to report that 1.2% mentioned the need to refer the individual to another level of care. **Conclusion:** From the results obtained in the study, it appears that more actions are needed to disseminate qualified and assertive information during the process of academic training and continuing education in relation to the approach in dental care for patients that are using anticoagulants in order to ensure integrity of care process, since dentists are indispensable agents in this process, which occurs in joint action with multidisciplinary teams at all levels of health care.

Keywords: Anticoagulants; Antihemorrhagic agents; Dentistry

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS - Ácido Acetilsalicílico
ADP- Adenosina Difosfato
AT III- Antitrombina III
ATX - Ácido Tranexâmico
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CD - Cirurgião (ões) Dentista (s)
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CFO - Conselho Federal de Odontologia
CRO - Conselho Regional de Odontologia
CNS - Conselho Nacional de Saúde
ECT - Tempo de Coagulação de Ecarin
FA - Fibrilação Atrial
HBPM - Heparinas Fracionadas de Baixo Peso Molecular
HNF - Heparinas Não Fracionadas
IDFXa - Inibidores Diretos do Fator Xa
IDT - Inibidores Diretos da Trombina
INR ou RNI - Relação Normalizada Internacional
NOACS - Novos Anticoagulantes Orais
PFA -100- Análise da Função Plaquetária (PFA-100)
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEP - Tromboembolismo Pulmonar
TP - Tempo de Protombina
TS - Tempo de Sangramento
TT - Tempo de Trombina
TTPa - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
TVP - Trombose Venosa Profunda

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

Tabela 1- Perfil da amostra.	29
Tabela 2- Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto as condições sistêmicas dos usuários de anticoagulantes orais.	30
Tabela 3- Condutas relacionadas ao atendimento odontológico.	31
Tabela 4- Segurança na prescrição de medicamentos.	31
Tabela 5- Segurança na administração de anestésicos.	32
Tabela 6- Plaqueta e RNI para definição da conduta terapêutica	33
Tabela 7- RNI: parâmetro seguro para avaliar a coagulação em pacientes em uso de qualquer anticoagulante.	33
Tabela 8- Diferença entre anticoagulantes e antiagregantes plaquetários: Pergunta do Questionário: Sabe a diferença entre antiagregante plaquetário e anticoagulante oral?	34
Tabela 9- Diferença entre anticoagulantes e antiagregantes plaquetários: Pergunta do Questionário: O Clopidogrel e o Ácido Acetilsalicílico (AAS) são anticoagulantes?	34
Tabela 10 - Episódio hemorrágico/ Manejo para controle.	35

GRÁFICOS

Gráfico 1- Exames laboratoriais solicitados para avaliação de paciente em uso de anticoagulante e antiagregante plaquetário.	33
Gráfico 2- Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre os novos anticoagulantes.	34
Gráfico 3- Medidas hemostáticas locais mais utilizadas pelos Cirurgiões Dentistas.	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 DISTÚRBIOS TROMBÓTICOS	15
2.2 MEDICAMENTOS ANTITROMBÓTICOS	17
2.2.1 Antiagregantes Plaquetários	18
2.2.2 Anticoagulantes	19
2.3 MONITORAMENTO DOS PARAMÊTROS LABORATORIAIS NA TERAPIA ANTITROMBÓTICA	22
2.4 MANEJO ODONTOLÓGICO	23
2.5 MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS	25
3. MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
3.2 AMOSTRA	27
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
3.4 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS	27
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
4. RESULTADOS	29
5. DISCUSSÃO	37
6. CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	53
APÊNDICE B - Formulário Modelo Disponível no Google Forms	56

1 INTRODUÇÃO

O uso de anticoagulantes orais é empregado como medicamento que visa, entre outras propriedades, prevenir eventos tromboembólicos em indivíduos portadores de doenças cardiovasculares. É crescente o número de indivíduos que necessitam de tratamento odontológico e fazem uso de anticoagulantes¹. Sabe-se, no entanto, que esses medicamentos interferem no mecanismo da hemostasia, fator que conseqüentemente implicará o risco aumentado de complicações hemorrágicas durante e após procedimentos odontológicos. Tais ocorrências são, muitas das vezes, o motivo de maior atenção no delineamento da conduta terapêutica odontológica e na seleção dos agentes hemostáticos locais que serão empregados nesses indivíduos, quando submetidos a tratamento odontológicos, sobretudo a tratamentos invasivos que predizem um maior risco de sangramento. Essas condições podem gerar preocupações acerca de possíveis complicações tromboembólicas, principalmente por falta de experiência no manejo clínico adequado e de conhecimento para o correto planejamento terapêutico^{2,3}.

Como prática comum em tempos passados, alguns médicos indicavam a suspensão de anticoagulantes previamente a procedimentos odontológicos invasivos, no intuito de minimizar os riscos de sangramento. No entanto, atualmente, sabe-se que a suspensão dos anticoagulantes orais pode expor o paciente a uma complicação muito maior no que se refere a eventos tromboembólicos, quando comparados a episódios hemorrágicos secundários à realização de procedimentos odontológicos, sobretudo quando adotadas as devidas medidas hemostáticas locais⁴. Vale salientar que a presença de demais comorbidades, o uso de outros medicamentos concomitantes aos anticoagulantes pelo mesmo indivíduo e até mesmo o tipo de dieta podem alterar o mecanismo de ação dos anticoagulantes⁵.

Os eventos hemorrágicos podem ser controlados ou evitados por meio de manobras como a aplicação de agentes hemostáticos locais. Dentre as medidas hemostáticas mais empregadas, destacam-se a sutura, a compressa com gaze sobre o sítio cirúrgico, a esponja hemostática de gelatina, o ácido tranexâmico e o selante de fibrina^{6,7}.

Na rotina de atendimento odontológico, o profissional pode se deparar com indivíduos em uso de anticoagulantes orais que demandam submissão a tratamentos odontológicos invasivos os quais preveem o risco aumentado de sangramento. Para definição da conduta terapêutica, é necessário compreender os riscos de eventos tromboembólicos e hemorrágicos, ter interpretação precisa dos exames laboratoriais hematológicos/bioquímicos e discutir com médico responsável pelo paciente. Essas medidas preventivas tornam o atendimento e o tratamento desses indivíduos desafiador, tanto para os profissionais quanto para os graduandos.

É preconizado que os cirurgiões-dentistas solicitem um parecer do médico responsável pelo paciente para que sejam discutidas questões como a sua respectiva condição sistêmica atual, a relação de medicamentos em uso, bem como para ponderar os riscos-benefícios do paciente em ser submetido ao tratamento odontológico proposto, naquele momento, bem como sobre o manejo que será adotado para sua realização. Nesse sentido, alguns estudos vêm sendo realizados ao longo dos anos com a finalidade de chegar ao consenso acerca do melhor manejo odontológico e dos agentes hemostáticos locais em indivíduos anticoagulados^{8,9,10}. No entanto, alguns profissionais ainda revelam apreensão na definição da conduta terapêutica desses pacientes.

O objetivo deste estudo é avaliar o nível de conhecimento de cirurgiões-dentistas quanto ao manejo odontológico, quanto às implicações e aplicabilidades dos anticoagulantes orais e agentes hemostáticos locais, com a finalidade de contribuir para um procedimento eficaz e melhores condições de saúde bucal e sistêmica desses indivíduos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção traz a base teórica que dá suporte a este estudo e está subdividida em cinco partes, a saber:

2.1 DISTÚRBIOS TROMBÓTICOS

O sangue é um tecido fluído e renovável, essencial para a vida humana, produzido na medula óssea. Por meio do sistema circulatório são transportados nutrientes para todos os tecidos e órgãos do corpo. Do volume total do sangue, 45% são compostos por hemácias responsáveis pelo transporte de oxigênio e gás carbônico aos tecidos, por leucócitos - células sanguíneas fundamentais para o sistema de defesa do organismo - e pelas plaquetas ou trombócitos que participam do processo de hemostasia e na ativação da formação de coágulos; os outros 55% do volume total do tecido sanguíneo são constituídos por plasma, que consiste na parte líquida do sangue, com 90% de água em sua composição, além de proteínas, sais minerais e outras substâncias. O tecido sanguíneo tem a função de transportar nutrientes, gás carbônico e resíduos celulares, além de auxiliar no sistema de defesa do organismo e no processo de coagulação sanguínea^{11,12}.

O processo de coagulação sanguínea ocorre quando o endotélio vascular lesado ativa os receptores de glicoproteínas específicas que se ligam ao fator de Von Willebrand e ao colágeno para induzir a agregação plaquetária na sua superfície. Iniciando o processo da hemostasia, as plaquetas se unem ao fibrinogênio e atraem os fatores de coagulação, como a trombina que o transformará em um polímero insolúvel denominado por fibrina, a qual, por sua vez, formará uma rede de fibras elásticas que consolidará o tampão plaquetário, promovendo a hemostasia. Mais tarde, a fibrina atrairá moléculas de plasmina que as destruirá pelo processo chamado de fibrinólise, sendo o fluxo sanguíneo normal reestabelecido e a lesão vascular reparada. A ativação dos fatores de coagulação ocorre de forma sequencial e esses são agrupados em forma de cascata. Tradicionalmente, a cascata de coagulação ocorre de maneira simultânea pelas vias intrínseca, extrínseca e comum; no entanto, nos últimos anos, há uma nova teoria a respeito do processo de hemostasia na qual a coagulação se baseia em superfícies celulares em quatro fases: iniciação, amplificação, propagação e finalização^{13,14,14,16}.

A trombofilia ocorre quando há uma formação de coágulos indesejáveis e acima do normal, podendo desencadear uma trombose. A trombose consiste na formação de um

trombo ou coágulo na circulação, que resulta na obstrução do fluxo de sangue para alguma parte do corpo. Sua migração é denominada embolia. Os eventos tromboembólicos consistem no desequilíbrio entre o estímulo trombogênico e os mecanismos de proteção, são oriundos de causas multifatoriais, que podem ser de natureza genética e/ou adquirida, e sua ocorrência pode estar associada à circulação arterial ou venosa. A tríade de Virchow refere que a trombose é resultante da lesão endotelial, do fluxo sanguíneo anormal e da hipercoagulabilidade^{13,16,17,18,19,20}.

As trombozes arteriais representam uma das principais causas de mortalidade da população adulta no Brasil e no mundo. É caracterizada pela obstrução das regiões da circulação arterial, em decorrência da formação de placas de aterosclerose resultantes do acúmulo de colesterol e inflamação na parede das artérias. A maior prevalência de trombose arterial está associada aos quadros de infartos agudos do miocárdio, a acidentes vasculares encefálicos e à doença arterial obstrutiva crônica. A obstrução das artérias por coágulos ocorre em decorrência da ativação da coagulação na presença de fissuras nas placas ateroscleróticas; com a obstrução das artérias, há um comprometimento do transporte de sangue oxigenado para os tecidos que pode levá-los a estresse celular ou à necrose, caso não haja compensação do fluxo sanguíneo por outras vias^{21,22,23,24}.

As trombozes venosas são menos frequentes que as trombozes arteriais, sendo os casos de mortalidade mais raros, no entanto, devem ser também consideradas como importantes causas de morbidade por comprometer a saúde do indivíduo de forma significativa. Podem ser classificadas como trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). A TVP é mais frequente nos membros inferiores; já o TEP ocorre quando um trombo formado na circulação venosa dos membros inferiores se desprende e migra pela circulação venosa até os pulmões, desencadeando a obstrução do fluxo sanguíneo (embolia pulmonar) nesse órgão e, conseqüentemente, quadro como falta de ar e em situações de maior gravidade, como hipotensão^{25,26}.

Os principais fatores de risco para as trombozes arteriais são aqueles que facilitam o surgimento da aterosclerose na parede dos vasos, a exemplo fatores genéticos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, estresse e tabagismo. Nas trombozes venosas, os principais fatores de risco incluem o uso de medicamentos à base de estrógenos, seja como método contraceptivo ou para reposição hormonal, imobilização prolongada, seja em internamentos com maior tempo de permanência em leitos ou viagens com períodos mais longos, cirurgias, traumas,

neoplasias malignas, obesidade e tabagismo, além de fatores genéticos e doenças inflamatórias^{27,28}.

Arritmias cardíacas e disfunções valvares favorecem a formação de trombos, aumentando os riscos de eventos embólicos. O tromboembolismo (TE) sistêmico é uma das grandes complicações da formação do trombo em câmara atrial. A ocorrência de um evento tromboembólico pode alterar de maneira significativa o curso natural da doença valvar e devido a esse risco maior atenção preventiva deve ser dada durante o acompanhamento da patologia valvar^{29,30,31}.

A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide, manifestada em indivíduos lúpicos, representa uma condição clínica com episódios recorrentes de trombozes, tanto arteriais, quanto venosas, e implica o risco de abortos de repetição e acidente vascular cerebral^{32,33}.

Os eventos tromboembólicos podem ser prevenidos com medicamentos anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários. São várias condições nas quais os indivíduos terão de ser submetidos à terapia antitrombótica. O estabelecimento do tipo do medicamento a ser administrado e o tempo da terapia são estabelecidos com base nos exames clínicos e complementares do paciente e as estratégias de prevenção devem considerar os fatores de risco peculiares a cada indivíduo^{34,35}.

Estima-se uma alta incidência de trombose na população brasileira e, conseqüentemente, sua taxa de mortalidade também é considerada elevada quando os devidos tratamentos não são instituídos. O tromboembolismo não é uma condição clínica incidente e restrita apenas às consultas médicas com cardiologistas ou em unidades de emergência, estando sua ocorrência primária e a conseqüente complicação também relacionadas a outras áreas da saúde³⁶.

2.2 MEDICAMENTOS ANTITROMBÓTICOS

A terapia com medicamentos antitrombóticos é recomendada nos casos de síndromes coronárias agudas, tromboembolismo venoso, tromboembolismo pulmonar e profilaxia de eventos trombóticos. Didaticamente, os antitrombóticos são classificados em antiagregantes plaquetários e anticoagulantes e configuram elementos fundamentais na redução de mortalidade e recorrência de eventos cardiovasculares^{37,38}.

Os fármacos utilizados na terapia antitrombótica atuam em diferentes receptores e em pontos-chave da ativação, adesão e agregação plaquetária e também na cascata de coagulação; têm como principal efeito adverso, limitante à sua aplicação universal, o risco

de hemorragia, o qual está implicado na predisposição de cada indivíduo e varia conforme a reatividade plaquetária, aspecto que torna complexo o desenvolvimento de doses e mecanismos de monitorização estandardizados³⁸.

O presente estudo aborda o tratamento odontológico em usuários de anticoagulantes orais. No entanto, em alguns tópicos da revisão da literatura deste trabalho são abordadas algumas informações acerca de anticoagulantes parenterais para melhor compreensão das diferenças e das recomendações entre as formas de administração e ação desses fármacos em relação aos anticoagulantes de uso oral; ademais, são mencionados elementos referentes ao uso de antiagregantes plaquetários, a fim de elucidar a diferença entre as terapias antitrombóticas. Explana-se, também sobre os medicamentos mais utilizados no grupo de medicamentos antiagregantes plaquetários e sobre os parâmetros laboratoriais utilizados na sua monitoração, além da avaliação de risco, visando ao delineamento da conduta terapêutica odontológica de pacientes submetidos ao uso destes fármacos.

2.2.1 Antiagregantes Plaquetários

Os antiagregantes plaquetários inibem a formação dos trombos induzidos por plaquetas sem maiores interferências na cascata de coagulação. Seu uso se baseia em experimentos em que foram evidenciadas a ocorrência da adesão e a agregação plaquetária ao endotélio vascular³⁹.

O ácido acetilsalicílico (AAS), comercial e popularmente conhecido aspirina, tem papel essencial na redução de mortalidade e eventos cardiovasculares, tanto no uso precoce, quanto em longo prazo, estando contraindicado em algumas situações excepcionais, como nos casos de hipersensibilidade conhecida (urticária, broncoespasmo ou anafilaxia), úlcera péptica ativa, discrasia sanguínea ou hepatopatia grave^{40,41}.

O clopidogrel é um antiagregante plaquetário derivado tienopiridínico inibidor da adenosina difosfato (ADP), o qual inibe de forma seletiva a agregação plaquetária, com ação na prevenção de formação de trombos em indivíduos suscetíveis ao risco, como os portadores de doenças cardiovasculares, a exemplo de síndrome coronária aguda (angina instável e infarto agudo do miocárdio), doença arterial periférica e alguns casos de acidente vascular cerebral (AVC) ou que exibam outras condições que os exponham a um risco aumentado de formação de trombos⁴¹.

Os antiagregantes plaquetários, como o AAS e o clopidogrel, atuam na primeira

etapa da coagulação, com ação no controle do sangramento por meio da ação das plaquetas. Já os anticoagulantes atuam na segunda etapa, inibindo os fatores de coagulação^{42,43}.

2.2.2 Anticoagulantes

Os anticoagulantes apresentam ação direta na cascata de coagulação, prevenindo a formação e expansão dos coágulos. Nos últimos anos, novos tipos de anticoagulantes orais vêm surgindo, como os inibidores diretos do fator Xa e os inibidores diretos da trombina⁴⁴.

Os anticoagulantes podem ser divididos em dois grupos: os de administração oral e os de uso parenteral (via subcutânea ou intravenosa). Constituem o grupo de anticoagulantes orais: fenprocumona (Marcoumar®), acenocumanol (Sintron®), fenindiona (Dindevan®), varfarina sódica cristalina (Cumadin®), varfarina sódica (Marevan®), entre outros, sendo a varfarina o mais utilizado na prática clínica⁴⁵. Em consequência das diversas limitações desse grupo de anticoagulantes orais, tais como a variabilidade individual, com necessidade frequente monitorização do seu efeito, interferência da dieta alimentar e interação com medicamentos usados simultaneamente; surgiram os novos anticoagulantes orais (NOACS), como: a dabigatrana (Pradaxa®), inibidor direto da trombina e rivaroxabana (Xarelto®), apixabana (Eliquis®) e edoxabana (Lixiana®), inibidores diretos do fator Xa^{46,47,48}.

Os anticoagulantes de uso parenteral são representados por heparinas não fracionadas (HNF) como a heparina sódica (Liquemine®), por exemplo, e as heparinas de baixo peso molecular, como a dalteparina (Fragmin®), a nadroparina (Fraxiparina®) e a enoxaparina (Clexane®), sendo esta última um dos anticoagulantes mais conhecidos e muito utilizado nos casos de infarto agudo do miocárdio. Além disso, esse medicamento tem indicação nos casos de trombose venosa, pulmonar e cerebral, arritmia cardíaca, entre outras^{41,44}.

As heparinas foram descobertas há mais de um século por McLean, ao observar que o extrato de tecido canino tinha a capacidade de prolongar o tempo de coagulação do plasma, sendo denominada de heparina por Howell e Holt, em decorrência de originar-se do tecido hepático. Ela representa o anticoagulante mais antigo utilizado na prática clínica e passou a ser empregada no tratamento e profilaxia de eventos trombóticos. Trata-se de um polissacarídeo polianiónico sulfatado, pertencente à família dos glicosaminoglicanos

e à classe dos anticoagulantes com ação inibitória da formação de trombos. São classificadas como heparinas não fracionadas e heparinas fracionadas de baixo peso molecular (HBPM), conforme já mencionado^{49,50}.

As heparinas não fracionadas são drogas usadas na prevenção e tratamento de trombozes e embolias arteriais ou venosas. Bioquimicamente, apresentam-se como uma mistura heterogênea de cadeias de glicosaminoglicanos, formando um complexo com uma proteína plasmática, a antitrombina III (AT III), que é um anticoagulante endógeno, o qual inibirá a formação de trombina e potencializará a sua destruição; ademais, elas inativam outras proteases da cascata da coagulação, especialmente o fator Xa, que exercem funções críticas na formação da coagulação sanguínea⁵¹.

As heparinas de baixo peso molecular são produzidas por meio da despolimerização da heparina não fracionada e inibem o fator Xa. São indicadas em diversas patologias tromboembólicas, a exemplo da profilaxia da trombose venosa profunda proximal, em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas; da trombose venosa profunda proximal, em pacientes clínicos com graves patologias; e nos casos em que o paciente necessite de imobilização prolongada; são também empregadas no tratamento de trombose venosa profunda proximal e no tratamento de síndromes coronarianas agudas, sem supradesnivelamento do segmento ST⁵².

Quando comparada a HNF com a HBPM, evidenciou-se que ambas reduzem o risco de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes hospitalizados, contudo, a HBPM seria mais eficaz na prevenção da trombose venosa profunda (TVP).

As vantagens da heparina de baixo peso molecular sobre a heparina não fracionada estão na relação dose-resposta mais confiável; além disso, elas dispensam o monitoramento laboratorial e o ajuste de dose, têm esquema de administração simplificada, apresentam menos efeitos colaterais, além de exibirem baixa incidência de trombocitopenia. Outro fator relevante a considerar é a viabilidade de tratamento em âmbito domiciliar, o que reduz de maneira significativa os custos globais com o tratamento⁵².

A dose de HNF, no entanto, não precisa ser ajustada para pacientes com insuficiência renal. Além disso, a baixa dose de HNF tem um custo menor, estando as duas drogas contraindicadas em pacientes com trombocitopenia induzida por heparina.

Outras contraindicações para o uso das heparinas são, nos casos de hemorragia ativa (com exceção da coagulação disseminada intravascular em indivíduos com hemofilia): portadores de pressão sanguínea elevada, hepatopatas e nefropatas⁴¹.

No entanto, quando a condição clínica que leva a indicação do tratamento com anticoagulante requer seu uso por tempo prolongado, a via oral é a opção mais viável, pois melhora a adesão medicamentosa, mediante a posologia e a facilidade de administração, sobretudo em ambiente domiciliar. Reserva-se o uso dos anticoagulantes parenterais, como as heparinas, como alternativa terapêutica, aos anticoagulantes orais em situações peculiares, nas quais o uso por via parenteral irá conferir melhores resultados no controle de situações adversas⁴¹.

No que tange aos anticoagulantes orais, eles podem ser classificados com inibidores dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K, também denominados anticoagulantes cumarínicos, como a varfarina sódica, inibidores diretos do fator Xa (IDFXa), como a rivaroxabana, apixabana, edoxabana e os inibidores diretos da trombina (IDT), como a dabigatrana. Estes medicamentos estão indicados para o tratamento e a prevenção de eventos tromboembólicos. Os anticoagulantes orais diretos demonstraram eficácia e segurança similar à anticoagulação tradicional com heparina e varfarina para tratamento de TEP e TVP^{53, 54, 55, 56, 57, 58}.

A varfarina é amplamente utilizada no tratamento de anticoagulação tradicional, sendo que seu efeito se dá na conversão cíclica da vitamina K, bloqueando a síntese de fatores de coagulação dela dependentes (fatores II, VII, IX e X)⁴⁶.

Entre os anticoagulantes orais, a varfarina sódica se destaca por ser um dos mais empregados na prática clínica, tendo indicação na prevenção primária e secundária do tromboembolismo venoso e do embolismo sistêmico em pacientes com prótese de válvulas cardíacas ou fibrilação atrial, além disso, esse medicamento atua também na prevenção do AVC, do infarto agudo do miocárdio e na recorrência do infarto, agindo na inibição dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K e reduzindo a capacidade de coagulação do sangue, com ação na prevenção de eventos trombóticos. Vale salientar que em fatores relacionados com a resposta de cada indivíduo, a administração conjunta a outras drogas e à dieta pode alterar sua ação, o que faz com que esse medicamento necessite de uma frequente monitoração da atividade sobre o nível de anticoagulação^{46,48}.

Já no que concerne aos novos anticoagulantes orais, o dabigatrana é um dos mais difundidos. Sua ação consiste na inibição direta da trombina, oferecendo maior estabilidade na anticoagulação; entre os seus benefícios estão a ação eficaz, magnitude terapêutica e meia vida curta. Além dessas propriedades, quando comparada à varfarina, a dabigatrana apresenta baixíssima interação medicamentosa e alimentar e dispensa a realização de exames laboratoriais de rotina para o monitoramento da coagulação, sendo

uma boa opção terapêutica; contudo, uma de suas desvantagens é o custo elevado^{59,60,61}.

Os outros três NOACS disponíveis no Brasil, além da dabigatrana (Pradaxa®), são os inibidores diretos do fator Xa (IDFXa): rivaroxabana (Xarelto®), apixabana (Eliquis®) e edoxabana (Lixiana®). A rivaroxabana está indicada para minimizar o risco de AVC e de embolia sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e tratamento de trombose venosa profunda (TVP), entre outras aplicações. Como vantagens apresenta rápida ação, dose resposta previsível e alta biodisponibilidade, além de não requerer o monitoramento da coagulação e de ter baixa interação com alimentos e outros medicamentos. A apixabana é empregada na prevenção de eventos de tromboembolismo venoso em pacientes adultos submetidos à artroplastia eletiva de quadril ou de joelho e também para reduzir o risco de AVC, embolia sistêmica e óbito em pacientes com fibrilação atrial não-valvular. Já a edoxabana tem ação na prevenção de TVP e AVC^{62,63,64}.

2.3 MONITORAMENTO DOS PARÂMETROS LABORATORIAIS NA TERAPIA ANTITROMBÓTICA

Para os indivíduos em uso de anticoagulantes cumarínicos, como a varfarina, principal medicamento dessa classe, o tempo de protombina (TP) é o exame de escolha na monitorização dos parâmetros laboratoriais, pois a maior parte dos fatores que influenciam o TP é dependente da vitamina K, como os fatores II, VII, IX e X. O TP é padronizado mundialmente como INR (ou RNI, em português, Relação Normatizada Internacional) pela Organização Mundial de Saúde, sendo o exame mais aplicado na monitoração da ação da varfarina.¹¹⁸ O valor de referência considerado normal para os indivíduos hígidos é em torno de 1,0 e para os indivíduos em uso de anticoagulantes é em torno de 2,0 e 3,0 ou, ainda, 2,5 e 3,5, em algumas condições peculiares. O valor de RNI entre 2,0 e 3,0 para controle de eventos tromboembólicos é considerado o mais frequente, na maioria das condições clínicas. O aumento desse valor parece estar proporcionalmente relacionado à ocorrência de hemorragias nos pós cirúrgicos de procedimentos odontológicos^{65,66,67}.

Algumas condições alteram a atividade da varfarina, como a resposta individual do indivíduo, o uso concomitante como outros medicamentos, além do padrão alimentar; com isso, é preconizado que a monitoração do nível de anticoagulação seja realizada com maior frequência⁶⁸.

O ideal é que o TP seja realizado no mesmo dia do procedimento odontológico, sobretudo, em indivíduos que não exibam estabilidade no nível de coagulação, no entanto,

pode ser realizado até três dias prévios ao procedimento, em indivíduos com taxas estáveis^{69,70}.

Já a dabigatana, pertencente ao grupo dos novos anticoagulantes, não requer monitoração frequente dos parâmetros laboratoriais por ser um medicamento muito seguro. Os exames designados para sua monitoração, quando necessária, como nos casos de cirurgias com maior grau de complexidade ou ocorrência de eventos hemorrágicos, são o tempo de trombina (TT) ou tempo de coagulação de ecarin (ECT), por este último exibir maior sensibilidade, quando comparado ao primeiro, mas não é muito acessível⁷¹.

No que se refere aos antiagregantes plaquetários, os exames de monitoração da agregação plaquetária não são recomendados de maneira frequente, pois parte deles não sofre influências externas. São dose-dependentes e suas taxas de antiagregação se mantêm estáveis por média de 30 dias, salvo o clopidogrel que exibe alta taxa de resistência terapêutica⁷².

O tempo de sangramento (TS), através dos métodos de Ivy ou Duke, é o exame laboratorial mais comumente realizado para avaliar o risco de sangramento de indivíduos submetidos a tratamentos com o ácido acetilsalicílico: Aspirina[®]. Uma de suas vantagens está no baixo custo, mas em contrapartida este exame exibe menor sensibilidade de prever o risco de hemorragia em cirurgias odontológicas, quando comparado a exame como o teste de análise da função plaquetária (PFA-100). O PFA-100 parece ser uma boa alternativa ao TS, por exibir maior especificidade e ser menos invasivo na avaliação da função plaquetária, contudo, ainda é pouco solicitado no Brasil^{73,74,75}.

A taxa de indivíduos que fazem uso de ácido acetilsalicílico: Aspirina[®] e que apresentam sangramento anormal varia entre 20% a 25%. Os medicamentos da categoria antiagregantes plaquetários apresentam o potencial de duplicar o tempo de sangramento basal, sem com isso alterar seus valores dentro dos padrões de normalidade, com isso, os riscos de ocorrer hemorragia são raros^{76,77}.

2.4 MANEJO ODONTOLÓGICO

Há um expressivo aumento do número de indivíduos em uso de terapia antitrombótica que busca tratamento odontológico e, com isso, surge a preocupação com hemorragias advindas sobretudo dos procedimentos cirúrgicos, os quais preveem maiores riscos de sangramento^{78,79,80}.

O estabelecimento de um protocolo clínico no atendimento aos indivíduos em uso

de terapia com anticoagulantes ainda não é bem estabelecido por parte dos cirurgiões-dentistas e em algumas ementas das disciplinas dos cursos de graduação em Odontologia. No entanto, há de se ponderar a suspensão da terapia antitrombótica, levando em consideração que as complicações decorrentes de eventos tromboembólicos implicam um risco mais elevado de fatalidade quando comparadas a hemorragias decorrentes de procedimentos odontológicos, as quais são raras e muitas vezes sua contenção não requer mais do que medidas hemostáticas locais, não apresentando maiores riscos de desfechos fatais. É prudente considerar que não há necessidade da suspensão dos novos anticoagulantes, tais como dabigatana, rivaroxabana, apixabana e edoxabana para a realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos, como exodontia, por exemplo, sendo estes dos mais invasivos dos mais rotineiros, considerando o pico plasmático desses medicamentos, o uso de medidas hemostáticas locais e o acompanhamento pós-cirúrgico^{46,81,82,83}. Nesse sentido, manter a terapia antitrombótica e considerar parâmetros seguros que confirmam uma boa hemostasia, bem como o manejo que minimize os riscos de sangramento, parecem ser medidas mais assertivas. Isso posto, é recomendado que se estabeleça um protocolo de tratamento odontológico aos indivíduos submetidos à terapia antitrombótica para direcionar o profissional na condução do manejo terapêutico, devendo ele incluir exame clínico anamnésico bem detalhado, avaliação dos níveis de coagulação mediante o monitoramento dos parâmetros dos exames laboratoriais, além de ponderar a extensão do tratamento a ser realizado e os métodos hemostáticos locais a serem empregados^{81,84,85}.

Assim como a realização de procedimentos múltiplos, em uma mesma consulta, aumentam o risco de sangramento, a extensão e a complexidade do procedimento também são fatores a serem considerados, pois a incidência de episódios hemorrágicos pós-cirúrgicos parece estar associada à realização de osteotomias e de cirurgias a retalho^{78,86}.

Os procedimentos odontológicos classificados como invasivos implicam risco aumentado de sangramento. Estes incluem desde raspagem supragengivais e subgengivais e demais procedimentos periodontais, como aumento de coroa clínica, gengivoplastia, a procedimentos de maior extensão, como cirurgias orais de tecido mole e duro, a exemplo da instalação de implantes dentários, exodontias, biopsias, enucleação, marsupialização, entre outros. A condição clínica do indivíduo em uso de anticoagulante é um fator primoroso a ser considerado ao delinear o plano terapêutico, independentemente da extensão do procedimento odontológico, de modo que os riscos de intercorrências sejam minimizados ou inexistentes⁸⁷.

O uso de anticoagulantes orais torna o indivíduo mais vulnerável a complicações hemorrágicas, sobretudo aqueles que fazem uso do anticoagulante oral, antagonista da vitamina K, como a varfarina sódica⁸⁸.

2.5 MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS

As medidas hemostáticas locais são empregadas por métodos mais convencionais, como sutura e compressão com gaze aos mais sofisticados, como esponja hemostática de gelatina, selante de fibrina e antifibrinolíticos, a exemplo do ácido tranexâmico. A combinação desses métodos é indicada para controlar ou evitar a ocorrência de hemorragias pós-cirúrgica^{86,89}.

As manobras hemostáticas locais são empregadas no intuito de conseguir, sempre que possível, realizar coaptação efetiva das bordas cirúrgicas e pode ser realizada pela manobra de Chompret e/ou confecção de suturas obliterativas. Esta manobra consiste na compressão das duas paredes de um alvéolo dentário, com a utilização de gaze, com vista a diminuir sua espessura. No entanto, tal prática gera controvérsias e vem caindo em desuso em decorrência de possíveis interferências na instalação de implantes dentários e resultados do tratamento ortodôntico, ao constatar-se, em alguns estudos, que tal manobra pode causar alteração dimensional do alvéolo. Desse modo, pode-se realizar apenas a compressão com gaze, a fim de se obter maior controle do sangramento, sem a necessidade de realizar a aproximação bidigital das tábuas ósseas alveolares após a exodontia.^{90,91,92,93,94}

A sutura obliterativa é a medida mais empregada e pode ser associada a outras medidas hemostáticas locais, com a finalidade de aproximar as margens cirúrgicas, bordas do alvéolo, contribuindo para uma boa hemostasia, além de promover a cicatrização por primeira intenção. A realização da sutura se dá por meio de fios acoplados a agulhas, os quais podem ser do tipo absorvíveis ou não absorvíveis. Essa medida hemostática local é realizada através de diversas técnicas (tipos de suturas), cuja escolha será feita pelo profissional conforme o procedimento realizado e o resultado pretendido com base na região, tipo de tecido e extensão do procedimento⁹⁵.

Entre os materiais com ação hemostática citados na literatura, destacam-se ainda a esponja hemostática de gelatina, uma espécie de gelatina liofilizada de origem porcina, esterilizada por irradiação e completamente reabsorvível pelo organismo, sendo indicada como medida hemostática local mediante a sua expressiva ação cicatrizante. Além desse

material, tem-se ainda o selante de fibrina, conhecido também como cola de fibrina, agente hemostático derivado do plasma sanguíneo, o qual contribui para uma cicatrização local mais efetiva, além de promover o selamento tecidual e atuar como um importante adjuvante para sutura, por ofertar melhor controle hemostático. Tal material exhibe ainda a capacidade de reproduzir a última fase do mecanismo da coagulação, mediante a formação de um coágulo estável, além de promover ótimos resultados na prevenção de hemorragia e ser o agente hemostático que parece exibir menores efeitos colaterais^{96,97,98,99,100,101}.

Outra medida muito utilizada para controle hemostático local é o ácido tranexâmico, que pode ser empregado tanto em manobras hemostáticas locais, por via tópica, ou prescrito para uso sistêmico, em casos de prevenção a hemorragias, como nos casos de ocorrência de hemorragias no transoperatório ou em pós-cirúrgicos que preveem o risco de hemorragia tardia^{81,102,103,104,105}. O ácido tranexâmico (ATX) é o agente antifibrinolítico mais empregado mundialmente e é utilizado no intuito de promover o aumento da estabilidade do coágulo sanguíneo, pela a inibição da fibrinólise^{106,107}. No que se refere ao seu uso sistêmico, há uma preocupação com o desenvolvimento de possíveis eventos tromboembólicos secundários, com isso, devido ao potencial de reduzir sangramentos com mínima absorção sistêmica, o uso tópico do ATX parece uma boa alternativa como terapia hemostática adjuvante para minimizar os riscos de hemorragia em pós-cirúrgicos^{108,109,110,111}. A aplicação tópica do ATX nas zonas da cavidade bucal, submetidas a procedimentos cirúrgicos, pode ser feita por meio de soluções parenterais, aplicadas em forma de bochechos - o que resulta em irrigação do alvéolo dental - ou embebidas em gaze e comprimidas localmente após exodontias, por exemplo, ou ainda mediante aplicação de comprimidos de ATX macerados e dissolvidos em água para a realização de bochechos ou macerados e misturados com solução de cloreto de sódio a 0,9%, formando uma pasta a ser colocada no interior do alvéolo dental ou sobre a ferida cirúrgica^{112,113,114}.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta seção compreende os procedimentos adotados para dar cumprimento aos objetivos estabelecidos neste estudo.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório.

3.2 AMOSTRA

Trata-se de uma amostra não-probabilística por conveniência. A amostra foi composta por 173 cirurgiões-dentistas, cujo n foi estabelecido conforme aceitação do convite.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Cirurgiões-dentistas, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para este fim (TCLE).

3.4 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Foram convidados cirurgiões-dentistas por meio de contatos pessoais, redes sociais e também por meio do envio de e-mails cadastrados na Associação Brasileira de Odontologia - Secção Bahia (mediante solicitação de distribuição) e, posteriormente utilizou-se o método de levantamento de dados Bola de Neve Virtual, o qual se inicia pelo envio/apresentação do link de acesso ao questionário *on-line* pelas redes sociais virtuais (*Whatsapp, Instagram e Facebook*) e correio eletrônico. Este método representa uma estratégia viral, pois no corpo do texto, além da apresentação da pesquisa, constava a solicitação de que a pesquisa fosse repassada para ou compartilhada com a rede de contatos de quem recebeu/visualizou.

Pelo acesso ao link da pesquisa, o participante foi informado sobre os critérios elegibilidade, incluindo os de inclusão e não inclusão. Em seguida, teve acesso ao TCLE (APÊNDICE A) para proceder à assinatura virtualmente. Após esta etapa, o respondente era direcionado ao preenchimento do formulário *on-line* da pesquisa (APÊNDICE B).

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados no *software* R (versão 4.1.2), onde se realizou análise descritiva (frequência absoluta/relativa), com a finalidade de identificar as características gerais e específicas da amostra estudada. Para identificar a existência de associações entre as variáveis nominais, aplicou-se o teste Qui-Quadrado ou o teste Exato de Fisher. O nível de significância estabelecido para este trabalho é de 5%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em observância da Resolução CNS nº 510/16, do Conselho Nacional de Saúde, e com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal da Bahia, pelo parecer 4.551.096, do ano de 2021.

Os participantes assinaram o TCLE e foram esclarecidos sobre os benefícios da pesquisa e os possíveis riscos, esclarecidos e registrados nos referidos documentos (APÊNDICE A).

4 RESULTADOS

A presente pesquisa contou com o número total de 173 cirurgiões-dentistas (CD), sendo 120 do sexo feminino e 53 do sexo masculino e 47,4% estão graduados há mais de 10 anos, dos quais 75,1% referiram ter especialização. Quanto à natureza da instituição de ensino superior cursada, 52,0% cursaram Odontologia em instituições públicas.

O estado da Bahia registrou com 67,8% dos participantes, estando os demais distribuídos entre os estados de Roraima, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Goiás, Brasília, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Neste quesito, houve perda de seis respostas por não corresponderem à pergunta em questão. Na rotina clínica, 82,7% dos CD afirmam que já realizaram algum tipo de procedimento cirúrgico e 54,3% dizem sentir-se seguros para atender pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais, 75,1% referem que já realizaram atendimento aos usuários de anticoagulante oral, dos quais 56,6% alegam que a frequência de atendimento ao perfil dos pacientes supracitados ocorreu raramente. Esses valores estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1- Perfil da amostra (n 173)

Variáveis	Cirurgiões-Dentistas	Porcentagem %
<i>Número de participantes:</i>	173	72,4
<i>Sexo (p>0,05):</i>		
Feminino	120	69,4
Masculino	53	30,6
<i>Idade (p<0,05):</i>		
18 a 35 anos	85	49,1
36 a 59 anos	85	49,1
Acima de 60 anos	3	1,7
<i>Estado brasileiro de atuação (p<0,05):</i>		
Bahia	116	67,8
Outros Estados	55	32,2
<i>Tempo de formação:</i>		
<i>Menos que 5 anos</i>	49	28,3
<i>Entre 5-10 anos</i>	42	24,3
<i>Mais de 10 anos</i>	82	47,4
<i>Natureza da instituição (p<0,05):</i>		
Privada	83	48,0
Pública	90	52,0
<i>Especialização (p<0,05):</i>		
Não possui	43	24,9
Possui	130	75,1

<i>Realiza procedimento cirúrgico (p<0,05):</i>		
Não	30	17,3
Sim	143	82,7
<i>Segurança para atender usuários de anticoagulantes orais (p<0,05):</i>		
Não	23	13,3
Sim	94	54,3
Talvez	56	32,4
<i>Atendimento aos usuários de anticoagulantes orais (p<0,05):</i>		
Não	41	24,9
Sim	124	75,1
<i>Frequência de atendimento (p<0,05):</i>		
Nunca atendi	18	10,4
Frequentemente	48	27,7
Raramente	98	56,6
Não sei	9	5,2

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre as condições sistêmicas dos usuários de anticoagulantes orais, 47,4% referem ter conhecimento de médio nível acerca desses pacientes. As demais variáveis avaliadas no questionário correspondem ao nível de conhecimento sobre a relação das condições sistêmicas dos usuários de anticoagulantes orais e podem ser observadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto as condições sistêmicas dos usuários de anticoagulantes orais (n 173)

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Não tenho conhecimento nesse quesito	10	5,8
Alto	25	14,5
Médio	82	47,4
Baixo	56	32,4

Fonte: Dados da pesquisa (resultado da análise estatística: teste Qui-Quadrado de Pearson (p<0,05)).

Quanto às condutas adotadas no atendimento odontológico, analisou-se que 3,5% dos CD, quando questionados sobre sua conduta ao planejar um procedimento cirúrgico em paciente em uso de anticoagulante oral, referem que orientam o paciente a suspender o uso do medicamento previamente ao procedimento cirúrgico; 15% dizem orientar o paciente a não suspender o uso dos anticoagulantes orais previamente ao procedimento

cirúrgico; 53,2% afirmam que a conduta adotada é a solicitação de parecer médico, exames laboratoriais e ponderação quanto ao risco-benefício na suspensão do anticoagulante; e 28,3% relataram que encaminham o paciente para consulta médica para que sejam solicitados os devidos exames laboratoriais e emitido parecer informando o manejo odontológico a ser adotado. Estes dados são explanados na Tabela 3, a seguir

Tabela 3- Condutas e planejamento cirúrgico relacionados ao atendimento odontológico (n 173)

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Oriento o paciente a suspender o uso dos anticoagulantes orais previamente ao procedimento cirúrgico.	6	3,5
Oriento o paciente a não suspender o uso dos anticoagulantes orais previamente ao procedimento cirúrgico.	26	15,0
Solicito parecer médico, exames laboratoriais e pondero o risco-benefício na suspensão do anticoagulante.	92	53,2
Encaminho o paciente para consulta médica para que este solicite os devidos exames laboratoriais e emita um parecer informando o manejo odontológico a ser adotado.	49	28,3

Fonte: Dados da pesquisa (resultado da análise estatística: teste Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

De acordo com a análise estatística referente à experiência clínica, quanto a interações medicamentosas entre os anticoagulantes orais e aos anestésicos infiltrativos locais, observou-se que 60,9% afirmam ter segurança de quais medicamentos devem prescrever. Quanto à administração de anestésicos locais infiltrativos, 69,4% dizem ter segurança de quais anestésicos locais devem administrar. Os valores levantados na análise estatística estão explanados nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 - Segurança na prescrição de medicamentos (n 173)

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Não tenho segurança de quais medicamentos devo prescrever	45	39,1
Tenho segurança de quais medicamentos devo prescrever	70	60,9

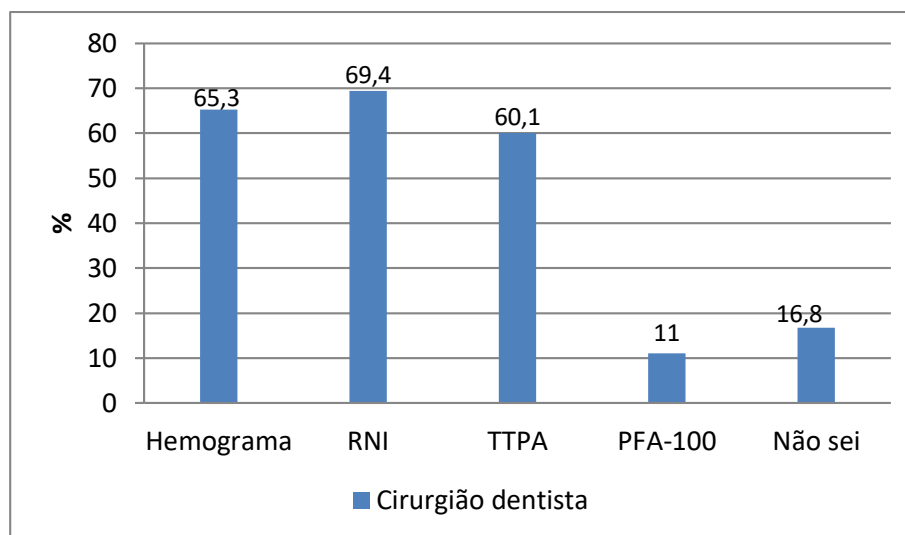
Fonte: Dados da pesquisa (resultado de análise estatística: este Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

Tabela 5 - Segurança na administração de anestésicos (n 173)

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Não tenho segurança de quais medicamentos anestésicos administrar	38	30,6
Tenho segurança de quais anestésicos administrar	86	69,4

Fonte: Dados da pesquisa (resultado de análise estatística: este Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

Quanto aos exames laboratoriais solicitados aos pacientes em uso de anticoagulante e/ou antiagregante plaquetário, é possível observar, em acordo com os resultados obtidos, que todos os exames listados no questionário são solicitados, sendo o mais prevalente o RNI, solicitado por 69,4% dos respondentes, seguido do hemograma, solicitado por 65,3% dos participantes. Exames como o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) e o PFA-100 também costumam ser solicitados, sendo este último demandado com menos frequência pela maioria dos participantes. Vale ressaltar que um pequeno percentual de participantes, porém significativo, afirma não saber quais exames laboratoriais devem solicitar. Os dados referentes aos exames solicitados estão demonstrados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Comparação entre as variáveis sobre as respostas do questionário.

Fonte: Pergunta: Qual (is) o(s) exame(s) laboratorial(is) você utiliza para avaliação de paciente em uso de anticoagulante e antiagregante plaquetário? (n 173).

No que se refere aos valores de plaqueta e RNI para a definição da conduta terapêutica aos usuários de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes orais, 48,6% dos participantes referem considerar os valores desses exames na definição da conduta

terapêutica para ambos os perfis de pacientes. Quanto ao RNI ser considerado um parâmetro seguro para a avaliação da coagulação dos indivíduos em uso de qualquer tipo de anticoagulante, 37% estão de acordo, ao afirmar que consideram esse exame seguro na avaliação clínica dos indivíduos usuários de quaisquer anticoagulantes. Os dados estão expostos nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6- Plaqueta e RNI para definição da conduta terapêutica (n 173)

Variáveis	Cirurgiões-Dentistas	Porcentagem %
Não tenho conhecimento referente aos parâmetros laboratoriais a serem considerados para definição da conduta terapêutica.	48	27,7
Não considero os valores de plaqueta e RNI seguros para definição da conduta terapêutica.	6	3,5
Sim. Sempre considero os valores de plaqueta e RNI para definição da conduta terapêutica nos pacientes em ambos os casos.	84	48,6
Sim. Mas considero os valores de plaqueta apenas para pacientes em uso de antiagregante plaquetário e os valores de RNI apenas para pacientes em uso de anticoagulante oral.	35	20,2

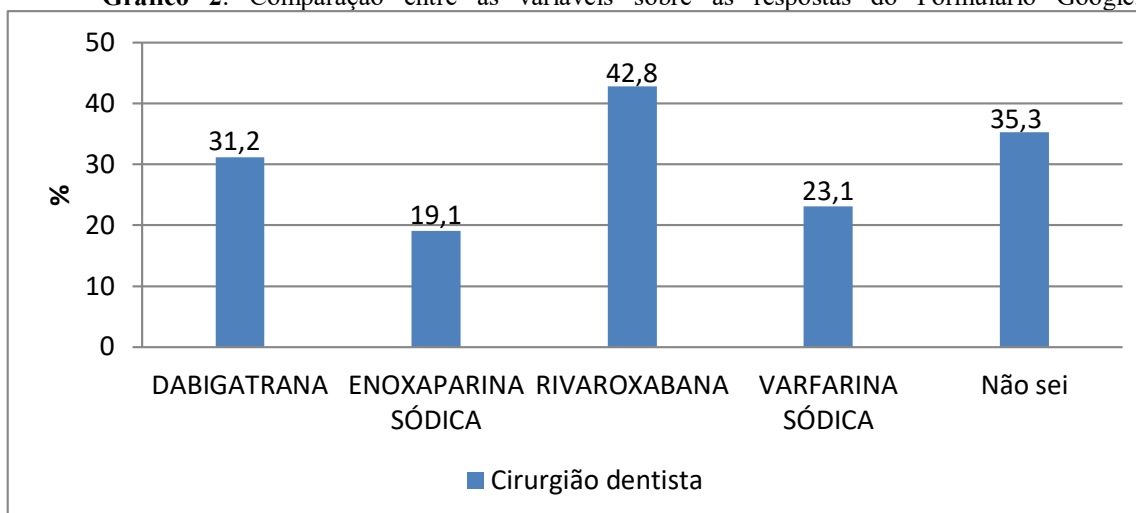
Fonte: Dados da pesquisa (resultado de análise estatística: este qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

Tabela 7- RNI: parâmetro seguro para avaliar a coagulação em pacientes em uso de qualquer anticoagulante

Variáveis	Cirurgiões-Dentistas	Porcentagem %	(n 173)
Não	38	22,0	
Sim	64	37,0	
Talvez	24	13,9	
Não Sei	47	27,2	

Fonte: Dados da pesquisa (resultado de análise estatística: este qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

Quando questionados quanto ao conhecimento acerca dos novos anticoagulantes, 31,2% indicaram o dabigatrana e 42,8%, o rivaroxabana. Contudo, um número relevante, totalizando 35,3% dos participantes, diz não saber quais são os novos anticoagulantes. O questionário listou alguns exemplos de anticoagulantes e entre eles estavam o anticoagulante convencional de uso oral - varfarina sódica (Marevan®), o anticoagulante de uso parenteral - enoxaparina sódica (Clexane®) - e os novos anticoagulantes - dabigatrana (Pradaxa®) e rivaroxabana (Xarelto®). O Gráfico 2 apresenta esses medicamentos e as respectivas respostas.

Gráfico 2: Comparação entre as variáveis sobre as respostas do Formulário Google.

Fonte: Resposta à pergunta: Com base nos seus conhecimentos acerca dos anticoagulantes, quais desses são considerados novos anticoagulantes (n 173).

A maioria dos participantes, totalizando 70,5%, afirmou saber a diferença entre antiagregante plaquetário e anticoagulante oral. Contudo, 43,4% dizem que clopidogrel e ácido acetilsalicílico são anticoagulantes, embora esses medicamentos sejam antiagregantes plaquetários. Os resultados podem ser observados nas Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 - Diferença entre anticoagulantes e antiagregantes plaquetários.

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Não	51	29,5
Sim	122	70,5

Fonte: Dados da pesquisa Pergunta do questionário: Sabe a diferença entre antiagregante plaquetário e anticoagulante oral? (n 173) (resultado de análise estatística: teste Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

Tabela 9- Diferença entre anticoagulantes e antiagregantes plaquetários.

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Não	85	49,1
Sim	75	43,4
Não sei	13	7,5

Fonte: Dados da pesquisa. Resposta à pergunta: O clopidogrel e o ácido acetilsalicílico (AAS) são anticoagulantes? (n 173) (resultado de análise estatística: Teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

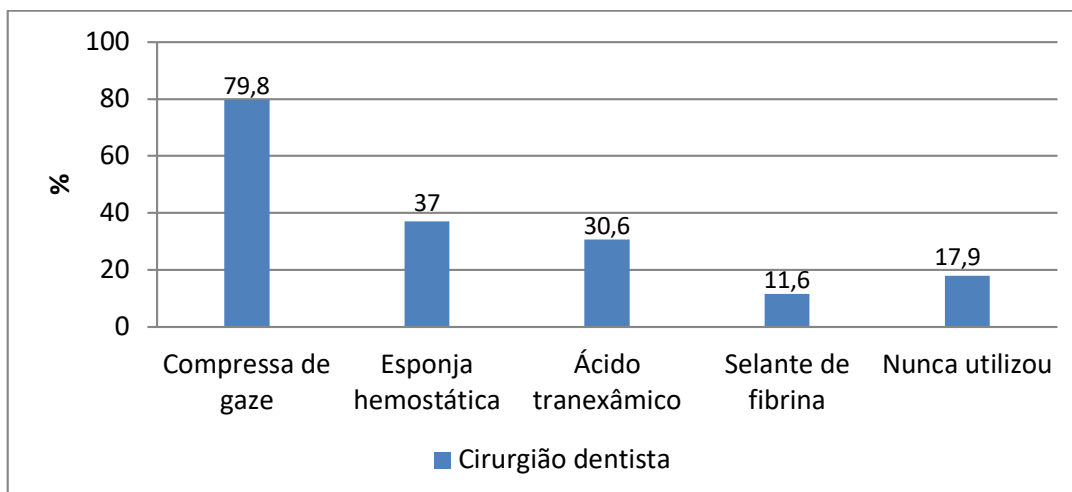
Com base na análise estatística sobre o manejo para controle dos quadros de episódio hemorrágico, quando questionados em relação à ocorrência de algum deles em sua rotina clínica, em pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais, e qual manejo adotado para controle do sangramento, um total de 11% dos participantes refere que já houve episódio hemorrágico e que o controle do evento foi feito apenas com compressa de gaze; já 33,5% responderam que já se depararam com tal situação e usaram medidas e agentes hemostáticos locais; 1,2% relatam que não conseguiram controlar a hemorragia com medidas hemostáticas locais, sendo necessário o encaminhamento do paciente; e 54,3% afirmam que nunca houve casos de hemorragia no atendimento a pacientes em uso de anticoagulantes orais em sua rotina clínica. Esses dados são demonstrados na Tabela 10.

Tabela 10 - Episódio hemorrágico/ Manejo para controle (n 173)

Variáveis	Cirurgiões Dentistas	Porcentagem %
Nunca houve episódio hemorrágico em minha rotina clínica.	94	54,3
Sim. Não consegui controlar com as medidas hemostáticas locais e foi necessário encaminhamento do paciente.	2	1,2
Sim. Fiz apenas compressa com gaze e consegui controlar.	19	11,0
Sim. Utilizei medidas e agentes hemostáticos locais e consegui controlar.	58	33,5
Análise Estatística: Teste Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$).		

Fonte: Dados da pesquisa (resultado de análise estatística: este Qui-Quadrado de Pearson ($p < 0,05$)).

Os participantes referem ter controlado os episódios hemorrágicos ocorrentes com medidas e agentes hemostático locais, sendo a compressa com gaze a medida mais citada, totalizando 79,8%, seguida da esponja hemostática de gelatina, do ácido tranexâmico e, na minoria dos casos, selante de fibrina. Um total de 17,9% refere nunca ter utilizado medidas hemostáticas locais. No Gráfico 3, é possível observar os valores dessas medidas mais utilizadas, com base na análise estatística correspondente a essas variáveis.

Gráfico 3 - Comparação entre as variáveis sobre as respostas do Formulário Google.

Fonte: Resposta à pergunta: Entre as medidas hemostáticas locais mais empregadas em Odontologia, quais dessas você já utilizou? (n 173).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o conhecimento de cirurgiões dentistas quanto ao tratamento odontológico em usuários de anticoagulantes orais e evidenciou que a maior parte dos participantes CD diz sentir-se seguros para atender este perfil de pacientes. O uso de anticoagulantes orais é empregado como medicamento que visa, entre outras propriedades, prevenir eventos tromboembólicos em indivíduos portadores de doenças cardiovasculares¹.

O total de 75,1% dos participantes, referem já ter atendido pacientes em uso de anticoagulantes oral. É crescente o número de indivíduos que necessitam de tratamento odontológico e fazem uso de anticoagulantes, uma vez que as doenças cardiovasculares, as quais configuram uma das principais indicações do uso destes medicamentos, é uma das doenças mais prevalentes no Brasil^{81,115,116}.

A maioria dos participantes, totalizando 82,7%, referem que em sua rotina clínica odontológica realizam algum tipo de procedimento cirúrgico. São considerados procedimentos cirúrgicos, raspagem supragengivais e subgengivais e demais procedimentos periodontais, como aumento de coroa clínica, gengivoplastia, a procedimentos de maior extensão como cirurgias orais de tecido mole e duro, a exemplo, instalação de implantes dentários, exodontias, biopsias, enucleação, marsupialização, entre outros, os quais implicam em risco de sangramento^{78,79,80, 86}. Deste modo, se faz necessário o planejamento da conduta terapêutica considerando as peculiaridades e maiores riscos dos indivíduos em uso de anticoagulantes orais ao serem submetidos a procedimentos cirúrgicos devido aos anticoagulantes interferirem no mecanismo da hemostasia. Vale salientar que nos indivíduos que fazem uso de anticoagulantes antagonistas da vitamina K, um fator a se considerar é a faixa terapêutica do RNI a qual encontrando-se estável, raramente implicará em riscos de episódios hemorrágicos^{4,8,9,10,81,84,85,87}.

Observou-se que 54,3% dos CD referem que nunca se depararam com episódios hemorrágicos em sua rotina clínica o que está em acordo com alguns achados na literatura que evidenciam baixa incidência de quadros de hemorragia em usuários de anticoagulantes em pós-operatórios. Quando ocorrentes, estes episódios podem ser controlados lançando mão de medidas hemostáticas locais^{6,7,81}.

Uma vez questionados quais as medidas hemostáticas locais que os mesmo mais utilizam para controle dos quadros hemorrágicos ocorrentes em sua rotina

clínica, a compressa com gaze foi a medida mais citada, totalizando 79,8%, seguida de esponja hemostática de gelatina 37%, ácido tranexâmico 30,6% e na minoria dos casos selante de fibrina 11,6%. Entre as medidas hemostáticas mais empregadas, destacam-se a sutura, a compressa com gaze sobre o sítio cirúrgico, a esponja hemostática de gelatina, o ácido tranexâmico e o selante de fibrina. As medidas hemostáticas locais são empregadas através dos métodos mais convencionais como sutura e compressão com gaze aos mais sofisticados como esponja hemostática de gelatina, selante de fibrina e antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico. A combinação destes métodos é indicada para controlar ou evitar a ocorrência de hemorragias pós-cirúrgica^{6,7,86,89}.

A partir das respostas obtidas no questionário aplicado neste estudo constatou-se que 43,4% dos participantes exibiram baixo nível de conhecimento acerca dos anticoagulantes orais, uma vez que não sabem a diferença entre anticoagulantes orais e antiagregantes plaquetários ao passo que referem que os medicamentos clopidogrel e ácido acetilsalicílico (AAS) são anticoagulantes, quando na verdade estes medicamentos são antiagregantes plaquetários. Os antiagregantes plaquetários inibem a formação dos trombos induzidos por plaquetas sem maiores interferências na cascata de coagulação, seu uso baseia-se em experimentos, nos quais foram evidenciados a ocorrência da adesão e agregação plaquetária ao endotélio vascular. Já os anticoagulantes apresentam ação direta na cascata de coagulação, prevenindo a formação e expansão dos coágulos^{39,44}.

Do mesmo modo, um percentual relevante dos participantes demonstram não ter conhecimento acerca dos novos anticoagulantes orais, cujo no questionário aplicado foram listados nas respostas de múltipla escolha alguns exemplos de anticoagulantes e entre eles estavam o anticoagulante oral varfarina sódica (Marevan[®]), o anticoagulante de uso parenteral enoxaparina sódica (Clexane[®]) e os novos anticoagulantes dabigatrana (Pradaxa[®]) e rivaroxabana (Xarelto[®]), conforme demonstrados no Gráfico 2 (ver resultados). Entre os novos anticoagulantes orais existentes foram selecionados como instrumentos de avaliação do conhecimento dos participantes deste estudo, o dabigatrana (Pradaxa[®]) e o rivaroxabana (Xarelto[®]), por serem os mais conhecidos, dos autorizados para comercialização no Brasil⁴⁷.

Constatou-se também que 47,4% dos participantes referem médio nível de conhecimento em relação às condições sistêmicas dos pacientes que requerem o emprego de anticoagulantes orais, razão que reforça a necessidade do estabelecimento

de protocolos clínicos, bem como ações e informações difundidas tanto no processo de formação acadêmica quanto na educação continuada dos profissionais. O que corrobora com os achados da literatura em estudos similares a esse, onde a falta de um consenso quanto no estabelecimento de um protocolo clínico para atendimento de pacientes em uso de anticoagulantes orais é uma realidade^{65,117}.

No que concerne aos exames laboratoriais para avaliação dos pacientes em uso de anticoagulantes orais e antiagregantes plaquetários, um total de 48,6% dos participantes referem que solicitam RNI, sendo que 37% consideram esse exame como parâmetro laboratorial seguro para definição da conduta terapêutica em uso de qualquer tipo de anticoagulante oral. No intuito de monitorar a atividade da varfarina, o RNI é considerado o parâmetro laboratorial mais seguro. Entretanto sabe-se que aspectos relacionados a resposta individual de cada indivíduo, a dieta ou a administração simultânea a outros medicamentos podem alterar sua ação, requerendo, deste modo, uma monitoração frequente da sua resposta de anticoagulação. O que se preconiza é que a avaliação da faixa terapêutica do RNI e que este exame seja realizado preferencialmente no mesmo dia do procedimento odontológico, sobretudo nos indivíduos com coagulação instável, podendo essa monitoração ser realizada em até três dias antes do procedimento aos indivíduos que exibam um padrão de coagulação estável. Já no que se refere aos novos anticoagulantes abordados neste estudo, os mesmos exibem padrão de anticoagulação estável sem necessidade de monitoração de rotina da coagulação. No entanto quando se faz necessária a monitoração por algum motivo, o risco de sangramento deve ser idealmente avaliado através do exame tempo de trombina (TT) ou pelo tempo de coagulação de Ecarin (ECT), sendo este último ainda mais sensível^{65,66,67,68,69,70,71,118}.

Exames como o hemograma, o PFA-100 e o TTPa também costumam ser solicitados por parte dos participantes dessa pesquisa, como demonstrado no gráfico 1 (ver resultados). O hemograma é um dos exames laboratoriais solicitados com maior frequência na prática clínica, sendo útil para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento de diversos distúrbios hematológicos^{119,120,121}. Já o PFA-100 parece ser uma boa alternativa ao tempo de sangramento (TS), por exibir maior especificidade e ser menos invasivo na avaliação da função plaquetária, contudo, ainda é pouco solicitado no Brasil. O TS, realizado por meio dos métodos de Ivy ou Duke, é o exame laboratorial mais comumente realizado para avaliar o risco de sangramento de indivíduos submetidos a tratamentos com Aspirina®^{73,74,75}. No que se refere o TTPa, trata-se de um exame laboratorial cuja finalidade é avaliar as possíveis alterações da via intrínseca da

coagulação, para controle do uso terapêutico de heparina e avaliação da presença de anticoagulantes circulantes. Em indivíduos que fazem uso de heparina sódica em infusão contínua, o TTPa acima de 100 segundos é considerado um fator de risco para evento hemorrágico. No entanto, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) destaca que a elevação do TTPa por si só não é considerada um evento adverso, mas sim um rastreador para a detecção de evento adverso, a exemplo de sangramento com queda de hematócrito, hemoglobina ou hematomas^{122,123}.

Quando questionados quanto à conduta ao planejar um procedimento cirúrgico em pacientes usuários de anticoagulante oral, 53,2% dos participantes referem que solicitam parecer médico, exames laboratoriais e ponderam o risco-benefício na suspensão do anticoagulante. No entanto, 28,3%, declaram que encaminham o paciente ao médico para que este solicite os devidos exames laboratoriais e emita um parecer informando a conduta odontológica a ser adotada isto denota que boa parte dos participantes ainda não está bem preparada para lidar com esse perfil de pacientes, inclusive aqueles que referem já ter atendido usuários de anticoagulantes orais e ter segurança no atendimento a esses indivíduos. Isso posto, corrobora com alguns estudos que evidenciam que o manejo clínico odontológico ainda é precário por parte de alguns profissionais e/ou futuro profissionais em atendimento a este perfil de pacientes^{65,117}.

Um total de 60,9% dos participantes afirmam que têm segurança de quais medicamentos devem prescrever e 69,4% referem ter segurança quais anestésicos infiltrativos locais devem aplicar, quando questionados quanto às interações medicamentosas com os anticoagulantes orais. No entanto, 39,1% referem não ter segurança na prescrição medicamentosa e 30,6% referem não ter segurança no emprego de anestésicos locais nestes pacientes. Os anticoagulantes orais estão entre as drogas com maior número de interações medicamentosas. Quanto a eleição do anestésico local, conforme os achados na literatura, as condições clínicas do paciente parecem estar mais associadas à sua escolha^{124,125,126,127}.

Quanto associação entre CD e especialização, verificou-se que houve diferença estatística significativa ($p < 0,005$) cujo o maior percentual de CD participantes deste estudo possuem especialização. No entanto, não foi questionada especificamente qual a especialização o profissional cursou. Deste modo, não há como comparar as especialidades odontológicas com o desempenho obtido nesse estudo.

Quanto a análise estatística referente ao tempo de formação dos CD nenhuma estatística foi calculada por ser um constante.

As demais variáveis, como idade, estado e natureza da instituição que cursaram odontologia exibiram diferença estatística significativa ($p < 0,05$). No entanto, este tipo de associação não foi encontrado na literatura em estudos similares a este, não sendo possível estabelecer uma análise comparativa entre os achados da literatura e os resultados obtidos nesse estudo. Já a variável sexo não exibiu diferença estatística significativa entre os grupos estudados (demonstrando significância 0,91 através do teste Qui-quadrado de Pearson), não sendo uma variável considerada para mensurar o desempenho acerca da avaliação do conhecimento dos participantes dessa pesquisa quanto ao tratamento de usuários de anticoagulantes orais.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que são necessárias mais ações de difusão de informações qualificadas em relação à abordagem no atendimento odontológico de pacientes em uso de anticoagulantes, por meio de educação continuada. Essas ações têm como finalidade assegurar a integralidade no processo de cuidado, sendo os cirurgiões-dentistas agentes imprescindíveis nesse processo, o qual por vezes ocorre em atuação conjunta a equipes multiprofissionais, em todos os níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mansur AP, Favarato D. Trends in mortality rate from cardiovascular disease in Brazil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(1): 20-5.
2. Cañigral A, Silvestre FJ, Cañigral G, Alós M, Garcia HA, Plaza A. Evaluation of bleeding risk and measurement methods in dental patients. *Med Oral. Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 15, 863–8.
3. León AM, López BC, Esteve CG. Dental management of patients receiving anticoagulant and/or antiplatelet treatment. *J Clin Exp Dent.* 2014; 6(2): 155–61.
4. Dézsi CA, Dézsi BB, Dézsi AD. Management of dental patients receiving antiplatelet therapy or chronic oral anticoagulation: A review of the latest evidence. *Eur J Gen Pract.* 2017; 23(1): 196–201.
5. Sociedade Brasileira De Cardiologia (SBC). Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. 2013; (3):101.
6. Akolkar AR, Kulkarni DG, Gangwani KD, Shetty L, Channe SP.; Sarve, P.H. Bleeding control measures during oral and maxillofacial surgical procedures: A systematic review. *J Dent Res Rev.*2017; 4: 79-89.
7. Bajkin V, Selakoviü SD, Mirkoviü SM, Šarpev IN, Tadiü AJ, Milekiü BR. Comparison of efficacy of local hemostatic Procedures in anticoagulated patients undergoing tooth extractions *Branislav. Vojnosanit Pregl.* 2014;71(12):1097–101.
8. Bacci C, Maglione M, Favero L, Perini A, Di Lenarda R, Berengo M, Zanon E. Management of dental extraction in patients undergoing anticoagulant treatment. Results from a large, multicentre, prospective, case-control study. *Thromb Haemost.* 2010; 104(5):972-5.
9. Chahine J, Khoudary MN, Nasr S. Anticoagulation use prior to common dental procedures: A systematic review. *Cardiol Res Pract.* 2019;13.
10. 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; 69,1550-6.
11. Gartner LP, Hiatt JL. Tratado de histologia em cores. 2nd.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kongan. 2003. 592p.
12. Junqueira, L. C.; Carneiro, J. Histologia básica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
13. Franco RF. Fisiologia da coagulação, anticoagulação e fibrinólise. *Medicina.* 2001;34(3/4):229-37.
14. Handin RI, Lux SE, Stossel TP. Blood: principles and practice of hematology. 2nd. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. 2304p.

15. Palta S, Saroa R, Palta A. Overview of the coagulation system. *Indian J Anaesth.* 2014 Sep-Oct; 58(5): 515–523.
16. Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. *Hematologia: fundamentos e prática. ed rev atual.* São Paulo: Atheneu; 2005. 1081p.
17. Campello E, Spiezia L, Adamo A, Simioni P. Thrombophilia, risk factors and prevention. *Expert Rev Hematol.* 2019 Feb; 12(3): 147-158.
18. Kushner A, West WP, Pillarisetty LS. *Virchow triad.* Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021 Jan.
19. Mota F, Goncalves LR, Mansilha A. Rastreo de trombofilia hereditária no contexto de trombose venosa profunda. *Rev. de Angiologia e Cirurgia Vascul.* 2011;7(3):89-108.
20. Seligsohn U, Lubetsky A. Genetic susceptibility to venous thrombosis. *The New Engl. J. of Medicine.* 2001; 344(16): 1222-31.
21. Baron EP, Tepe, SJ. Revisiting the role of ergots in the treatment of migraine and headache. *Headache.* 2010;50:1353-61.
22. Bertolami A, Penha FG, Chaves FP, Puzzello TA, Bertolami MC. Fisiopatologia e fatores de risco ligados à aterotrombose/Pathophysiology and risk factors linked to atherothrombosis. *Rev Clin Terap.*2004;30(3): 118.
23. Braga JL, Alvarenga RMP, Moraes Neto JB. Acidente vascular cerebral. *Rev Bras Med.*2003;60(3):88-96.
24. Turpie AL G. G., Esmon C. Venous and arterial thrombosis – pathogenesis and the rationale for anticoagulation. *Thromb Haemost* 2011; 105(4): 586-96.
25. Bělohávek J, Dytrych V, Linhart A. Pulmonary embolism, part I: Epidemiology, risk factors and risk stratification, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and nonthrombotic pulmonary embolismo. *Exp Clin Cardiol.* 2013;18(2): 129–38.
26. Rosendaal, F.R. Causes of venous thrombosis. *Thrombosis J.* 2016;14(24).
27. Carobbio AL, Juergen T, Passamonti F, Rumi E, Ruggeri M, Rodeghiero F, Randi ML, Bertozzi I, Vannucchi AM, Antonioli E, Gisslinger H, Buxhofer-Ausch V, Finazzi G, Gangat N, Tefferi A, Barbui T. Risk factors for arterial and venous thrombosis in WHO-defined essential thrombocythemia: an international study of 891 patients. *Blood.* 2011; 117(22):5857–9.
28. Wolberg AS, Rosendaal FR, Weitz JI, Jaffer IH, Baglin GAT, Mackman N. Venous thrombosis. *Nature Reviews Disease Primers.*2015; 1.
29. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC, Faxon DP, Freed MD et al. Guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(13):e 1-142.

30. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA et al. Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *Circulation*. 2006;11(7): e257-354.
31. Li-Saw-Hee FL, Blann AD, Goldsmith I, Lip GYH. Indexes of hypercoagulability measured in peripheral blood reflect levels in intracardiac blood in patients with atrial fibrillation secondary to mitral stenosis. *Am J Cardiol*. 1999; 83(8):1206-9.
32. Dlott JS, Roubey RA. Drug-induced lupus anticoagulants and antiphospholipid antibodies. *Curr Rheumatol Rep*. 2012 Feb;14(1):71-8.
33. Mohren M, Daikeler T, Engel A, Guenaydin I, Koetter I. Diagnosis of the antiphospholipid syndrome in anticoagulated patients. *Z Rheumatol*. 2004 Dec;63(6):490-4.
34. Cohen AT, Agnelli G, Buller HR, Gallus A, Raskob GE, Thompson PSJ, Weitz JI. Characteristics and outcomes in patients with venous thromboembolism taking concomitant anti-platelet agents and anticoagulants in the amplify trial. *Thromb Haemost* 2019;119(03): 461-6.
35. Valeriani E, Porreca E, Weitz JI, Schulman S, Candeloro M, Nisio M. Impact of concomitant antiplatelet therapy on the efficacy and safety of direct oral anticoagulants for acute venous thromboembolism: Systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2020;18:1661-71.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Trombose. Brasília, DF; 2020.
37. Bhatt D.L., Topol E.J. Scientific and therapeutic advances in antiplatelet therapy. *Nat Rev Drug Discov*. 2003; 2:15-28.
38. Garg, VP, Halperin, J.L. Novel antiplatelet and anticoagulant agents in the cardiac care unit. *Cardiol Clin*. 2013; 31: 533-44.
39. Yau JW, Teoh H, Yau SV et al. Endothelial cell control of thrombosis. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2015; 15:130.
40. Ittaman SV, Vanwormer JJ, Rezkalla SH. The role of aspirin in the prevention of cardiovascular disease. *Clinical Medicine & Research*. 12(3-4): 147-54.
41. Lorga Filho AM. Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol*. 2013;101:suppl 3.
42. Hankey G, Sudlow CLM, Dunbabin DW. Thienopyridine derivatives (ticlopidine, clopidogrel) versus aspirin for preventing stroke and other serious vascular events in high vascular risk patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000;(2).
43. Squizzato A, Keller T, Middeldorp S. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; (3).
44. Kim KML, Hye SG. New anticoagulants for the prevention and treatment of venous

thromboembolism joo hee. *Biomol Ther.* 2017; 25(5): 461-70.

45. Lavítola, PL, Kubo, MS. O que devemos saber sobre a anticoagulação em portadores de doença valvar e fibrilação atrial - Parte 1. *Rev. Fac. Ciênc. Méd, Sorocaba.* 2010; 12(1):1-4.

46. Fernandes CJ, Alves JL Jr, Gavilanes F, Prada LF, Morinaga LK, Souza R. New anticoagulants for the treatment of venous thromboembolism. *J Bras Pneumol.* 2016;42(2):146-54.

47. Marques MA. Os novos anticoagulantes orais no Brasil. *J. Vasc. Bras.* 2013.

48. Yoshida WB. Conventional treatment of proximal deep venous thrombosis: still a good choice? *J Vasc Bras.* 2016;15:1-3.

49. Cavalheiro Filho C, Fischer DA, Chamone R, Rached A, Maffei FH. Heparinas: momento atual. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008;54(6).

50. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2008;133(6):454-545.

51. Albuquerque DC, Albuquerque FN. Utilização das heparinas nas síndromes isquêmicas agudas. *Rev. SOCERJ.* 2001;14(1).

52. Wannmacher L. Heparinas de baixo peso molecular: evidências que fundamentam indicações. *OPAS/OMS.* 2007; 4(2).

53. Eriksson BI, Quinlan DJ, Eikelboom JW. Novel, Xa oral factor and thrombin inhibitors in the management of thromboembolism. *Annual Review of Medicine.* 2011; 62:41-57.

54. Lima AF, Reis J, Serrano F, Borges, A. Warfarin hypersensitivity: how to deal with it? *Acta Medica Portuguesa.* 2010:727-30.

55. Limdi NA, Veenstra DL. Warfarin pharmacogenetics. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy.* 2008; 28(9):1084-97.

56. Rasmussen LH, Larsen TB, Graungaard T, Skjøth F; Lip GY. Primary and secondary prevention with new oral anticoagulant drugs for stroke prevention in atrial fibrillation: indirect comparison analysis. *BMJ.* 2012; 345:7097.

57. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz M. Comparison of the efficacy and safety of 41 new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a metaanalysis of randomised trials. *The Lancet.* 2014; 4(5):955-62.

58. Wardrop D, Keeling DA. The story of the discovery of heparin and warfarin. *British Journal of Haematology.* 2008;141(6):757-63.

59. Costantinides F, Rizzo R, Pascazio L, Maglione M. Managing patients taking novel oral anticoagulants (NOAs) in dentistry: a discussion paper on clinical implications. *BMC Oral Health*. 2016 Jan;16(1):5.
60. Mekaj YH, MekajAY, Duci SB, Miftari EI. New oral anticoagulants: their advantages and disadvantages compared with vitamin K antagonists in the prevention and treatment of patients with thromboembolic events. *Ther Clin Risk Manag*. 2015 Jun;11:967-77.
61. Mingarro-de-León A, Chaveli-López B. Alternative to oral dicoumarin anticoagulants: considerations in dental care. *J Clin Exp Dent*. 2013;5(5):e273-8.
62. Comuth WJ, Henriksen LO, Kerkhof D, Husted SE, Kristensen SD, Maat MPM, Munster AMB. Comprehensive characteristics of the anticoagulant activity of dabigatran in relation to its plasma concentration. *Thrombosis Research*. 2018; 164, 32-39.
63. Nagarakanti R, Wallentin L, Noack H, Brueck M, Reilly P, Clemens A, Connolly SJ, Yusuf S, Ezekowitz DPMD. Comparison of characteristics and outcomes of *dabigatran* versus *warfarin* in hypertensive patients with atrial fibrillation (from the RE-LY Trial). *The American Journal of Cardiology*. 2015; 116(8):1204-9.
64. Villines TC, Schnee J, Fraeman K, Siu K, Reynolds MW, Collins J, Schwartzman E. A. Comparison of the safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in non-valvular atrial fibrillation patients in a large healthcare system. *Thromb Haemost* 2015; 114(6): 1290-8.
65. Gerzson AS, Grassi L, Lopes LAZ, Gallicchio LHH. Dental surgery in patients undergoing therapy with antiplatelet drugs and oral anticoagulants: a literature review. *J Clin Dent Res*. 2016;13(2):98-105.
66. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Guyton RA, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(22):e57-185.
67. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Barón-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Joint task force on the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J*. 2012;33(19):2451-96.
68. Greenblatt DJ, Von Moltke LL. Interaction of warfarin with drugs, natural substances, and foods. *J Clin Pharmacol*. 2005; 45(2): 127-132.
69. Dewan K, Bishop K, MuthukrishnanA. Management of patients on warfarin by general dental practitioners in South West Wales: continuing the audit cycle. *Br Dent J*. 2009;206(4):214-5.
70. Murphy J, Twohig E, McWilliams SR. Dentists' approach to patients on anti-platelet agents and warfarin: a survey of practice. *J Ir Dent Assoc*. 2010;56(1):28-31.

71. Martinuzzo M, Duboscq C, López MS, Montenegro M, Viñuales S, Girardi B, Penchasky D, Otero V, Ceresetto J, Stemmelin G, Barrera L, Otaso JC, Oyhamburu J. Dabigatran en plasma: tiempos de trombina diluido, ecarin y veneno de víbora de Russell diluido. *Acta Bioquím. Clín. Latinoam.* 2016;50(2).
72. Bertrand ME, Chair ML, Simoons KA, Fox A, Wallentin LC, Hamm CW, et al. ESC Guidelines for management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of European Society cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011; 32(23):2999-3054.
73. Brennan Mt, Wynn RI, Miller CS. Aspirin and bleeding in dentistry: an update and recommendations. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod.* 2007;104(3):316-23.
74. Hoffbrand AV, Moss PAH. *Fundamentos em hematologia de Hoffbrand.* 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
75. Little JW, Miller CS, Henry RG, Mcintosh BA. Antithrombotic agents: implications in dentistry. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod.* 2002 May;93(5):544-51.
76. Blinder D, Manor Y, Martinowitz U, Taicher S. Dental extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy: comparison of INR value with occurrence of postoperative bleeding. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2001 Dec;30(6):518-21.
77. Owens CD, Belkin M. Thrombosis and coagulation: operative management of the anticoagulated patient. *Surg Clin North Am.* 2005 Dec;85(6):1179-89.
78. Hanken H, Grobe A, Heiland M, Smeets R, Kluwe L, Wikner J et al. Postoperative bleeding risk for oral surgery under continued rivaroxaban anticoagulant therapy. *Clin Oral Invest* 2016; 20(6):1279-82.
79. Lavítola PL, Spina GS, Sampaio RO, Tarasoutchi F, Ginberg M. Sangramento durante a anticoagulação oral: alerta sobre um mal maior. *Arq Bras Cardiologia* 2009; 93(2):174-9.
80. Ohba S, Yoshimura H, Matsuda S, Kobayashi J, Kimura T, Aiki M, et al. Risk factors for postoperative hemorrhage after minor oral surgery in patients treated with antithrombotic agents. *Odontology* 2015; 103(2):227-32.
81. Dantas AK, Deboni MC, Piratininga JL. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoaguantes orais. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2009; 31(5):337-40.
82. Miranda M, Martinez LS, Franco R, Forte V, Barlattani A, Bollero P. Differences between warfarin and new oral anticoagulants in dental clinical practice. *Oral & Implantology.* 2016;9(3):151-6.
83. Wahl MJ, Pinto A, Kilham J, Lalla RV. Dental surgery in anticoagulated patients – stop the interruption. *Oral Surgery, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiology* 2015;

119:136-57.

84. Lourenço DM, Lopes LHC, Vignal CV, Morelli VM. Avaliação clínica e laboratorial de pacientes em uso de anticoagulantes orais. *Arq Bras Cardiologia* 1997; 68(5):353-6.

85. Lusk KA, Snoga JL, Benitez RM, Sarbacker GB. Management of direct-acting oral anticoagulants surrounding dental procedures with low-to-moderate risk of bleeding. *J Pharm Pract* 2018;31:202-7.

86. Dudek D, Marchionni S, Gabriele M, Iurlaro A, Helewski K, Toti P et al. Bleeding rate after tooth extraction in patients under oral anticoagulant therapy. *J Craniofac Surg* 2016; 27(5):1228-33.

87. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

88. Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, Albaladejo P, Antz M, Desteghe L, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018;39:1330-93.

89. Halfpenny W, Fraser JS, Adlam DM. Comparison of 2 hemostatic agents for the prevention of postextraction hemorrhage in patients on anticoagulants. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod.* 2001;92(3):257-9.

90. Campos AC, Gregori C. Exodontia de dentes irrompidos. In Gregori C, Campos AC. *Cirurgia buco-dento-alveolar*. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2004. Cap 12.

91. Fragiskos FD. *Oral surgery*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2007.

92. Hanna LB. *Manobra de Chompret: alterações dimensionais alveolares vestibulo palatina em regiões homólogas que foram submetidas a exodontia [Dissertação]*. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2011. 70p.

93. Keith Jr JD, Salama MA. Ridge preservation and augmentation using regenerative materials to enhance implant predictability and esthetics. *Compend Contin Educ Dent.* 2007; 8(11):614-23.

94. Maiorana C, Speroni S, Cicciú M. A new approach for post extractive site preservation by using a free gingival graft: a case report. *J Implant Adv Clin Dent.* 2010;2(4): 33-9.

95. Veloso AIS. *Avaliação clínica de diferentes tipos de materiais de sutura e implicações clínicas pós operatórias na Consulta de Cirurgia Oral da Clínica Dentária Universitária da UCP [Dissertação]*. Universidade Católica Portuguesa 2014; 110p.

96. Bodner L, Weinstein JM, Baumgarten AK. Efficacy of fibrin sealant in patients on various levels of oral anticoagulant undergoing oral surgery. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod.* 1998;86(4):421-4.

97. Hartman MJ, Caccamese JF, Bergman SA. Perioperative management of a patient

with Bernard Soulier syndrome for third molar surgery. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod* 2007; 103(5):626-9.

98. Kraether Neto L, carvalho PSP; Okamoto T; Isolan TMP. Influência da esponja de gelatina no processo de reparo em feridas de extração dental: avaliação histológica em ratos. *Rev Fac Odontol, Universidade de Passo Fundo*. 1999; 4(2): 17-21.

99. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias. Brasília, DF:2008.

100. Okamoto T, Alves-Rezende MC, Okamoto AC, Buscariolo IA, Garcia Jr IR. Osseous regeneration in the presence of fibrin adhesive material (Tissucol) and epsilon-aminocaproic acid (EACA). *Braz Dent J*. 1995;6(2):77-83.

101. Spotnitz WD. Commercial fibrin sealants in surgical care. *Am J Surg*. 2001;182(2 Suppl):8S-14S.

102. Flanagan D. Tranexamic acid tamponade to control postoperative surgical hemorrhage. *Journal of Oral Implantology*, 2015;41(3):e-82.

103. Ker K, Beecher D, Roberts I. Topical application of tranexamic acid for the reduction of bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; 6.

104. Montroy J, Hutton B, Moodley P, Fergusson NA, Cheng W, Tinmouth A, Lavallée LT, Fergusson DA, Breau RH. The efficacy and safety of topical tranexamic acid: A systematic review and meta-analysis. *Transfus Med Rev*. 2018;17:30151-7.

105. Van Galen KP, Engelen ET, Mauser-Bunschoten EP, Van Es RJ, Schutgens RE. Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in patients with haemophilia or Von Willebrand disease undergoing minor oral surgery or dental extractions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 24;(12).

106. Levy JH, Koster A, Quinones QJ, Milling TJ, Key NS. Antifibrinolytic Therapy and Perioperative Considerations. *Anesthesiology*. 2018 Mar;128(3):657-70.

107. Tengborn L, Blombäck M, Berntorp E. Tranexamic acid--an old drug still going strong and making a revival. *Thromb Res*. 2015 Feb;135(2):231-42.

108. Dalury DF. Commentary on an article by Jean Wong, MD, FRCPC et al.: Topical application of tranexamic acid reduces postoperative blood loss in total knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2010 Nov 3;92(15):e25.

109. Holmström M, Tran HT, Holme PA. Combined treatment with APCC (FEIBA®) and tranexamic acid in patients with haemophilia A with inhibitors and in patients with acquired haemophilia A-- two-centre experience. *Haemophilia*. 2012;18(4):544-9.

110. McCormack PL. Tranexamic acid: a review of its use in the treatment of hyperfibrinolysis. *Drugs*. 2012; 26;72(5):585-617.

111. Wong J, Abrishami A, El Beheiry H, Mahomed NN, Roderick DJ, Gandhi R, Syed KA, Muhammad OHS, De Silva Y, Chung F. Topical application of tranexamic acid

reduces postoperative blood loss in total knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. *J Bone Joint Surg Am*. 2010 Nov 3;92(15):2503-13.

112. Anand KP, Patro S, Mohapatra A, Mishra S. The Efficacy of Tranexamic Acid in the Reduction of Incidence of Dry Socket: An Institutional Double Blind Study. *J Clin Diagn Res*. 2015 Sep;9(9):ZC25-8.

113. Coetzee MJ. The use of topical crushed tranexamic acid tablets to control bleeding after dental surgery and from skin ulcers in haemophilia. *Haemophilia*. 2007;13(4):443-4.

114. Queiroz SIML, Silvestre VD, Soares RM, Campos GBP, Germano AR, Silva JSP. Tranexamic acid as a local hemostasis method after dental extraction in patients on warfarin: a randomized controlled clinical study. *Clin Oral Investig*. 2018;22(6):2281-9.

115. Nazar CJ et al. Manejo Perioperatório de Pacientes com tratamento anticoagulante crônico. *Revista Chilena de Cirurgia*. 2017;70(1): 84-91.

116. Theme Filha MM, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(2):83-96.

117. Kreuger MRO, Diegoli NM, Pedrini RD, Porfírio VR, Silva F. Consulta odontológica e doença sistêmica: análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas em Itajaí-SC. 2009; 21(2).

118. Patel S, Singh R, Preuss CV et al. Warfarin: statpearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.

119. Buttarello M. Quality specification in haematology: the automated blood cell count. *Clin Chim Acta*. 2004;346(1):45-54.

120. Buttarello M, Plebani M. Automated blood cell counts: state of the art. *Am J Clin Pathol*. 2008;130(1):104-16.

121. Daves M, Zagler EM, Cemin R, Gnech F, Joos A, Platzgummer S et al. Sample stability for complete blood cell count using the Sysmex XN haematological analyser. *Blood Transfus*. 2015 Oct;13(4):576-82.

122. Mortaro A, Moretti F, Pascu D, Tessari L, Tardivo S, Pancheri S et al. Adverse events detection through global trigger tool methodology: results from a 5-year study in an italian hospital and opportunities to improve interrater reliability. *J Patient Saf*. 2017;6:1-7.

123. Rodrigues CFS, Lima FJC, Barbosa FT. Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. *Rev Bras Anestesiol*. 2017;1-7.

124. Feitosa RWC, Pereira CU, Anjos ED et al. Anestésicos Locais: como escolher e prevenir complicações sistêmicas. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac*. 2010; 51: 113-20.

125. Montan MF, Cogo K, Bergamschi CC et al. Mortalidade relacionada ao uso de anestésicos locais em odontologia. *Rev Gaúcha de Odontologia*. 2007;55 (2): 197-202.
126. Telles JS, Fukuda EY, Feder D. Varfarina: perfil farmacológico e interações medicamentosas com antidepressivos. *Einstein*. 2012;10(1):110-5.
127. Vieira GF, Gonçalves EAN, Agra CM. Anestesia odontológica: segurança e sucesso – parte 1. *Rev. Assoc. Paul. Cirur. Dent*. 2000; 54 (1): 42-5.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/FOUFBA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido / Pesquisa *on-line*

Título do Estudo: Avaliação do Conhecimento de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos em Odontologia Quanto ao Tratamento Odontológico em Usuários de Anticoagulantes Orais.

Pesquisador Responsável: Patrícia Miranda Leite Ribeiro, Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) e Professora Tutora no Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (ICS/UFBA).

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) de uma pesquisa que será realizada, no período de março/2021 a março/2023, por meio da aplicação de um questionário que levará em torno de 10 minutos para ser respondido. Por gentileza, leia este documento com atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que você não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo, através dos contatos presentes nesse termo.

A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Observação: Caso o participante não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, o mesmo poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal.

Objetivo do Estudo:

Avaliar o Nível de Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas e Graduandos em Odontologia sobre o Manejo Odontológico em Indivíduos em Uso de Anticoagulantes Orais para apresentação em forma de dissertação de mestrado com finalidade de agregar conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados.

Descrição do Estudo:

Este estudo será realizado por meio da aplicação de um questionário *on-line* na plataforma Google Forms.

O convite para sua participação nesta pesquisa justifica-se por você ser Cirurgião Dentista ou Graduando no Curso de Odontologia em Instituição de Ensino Superior Pública ou Privada e está regularmente matriculado, cursando a partir do 5º semestre até o 10º semestre.

Após entender e concordar em participar, sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário disponibilizado neste endereço eletrônico.

Procedimento do Estudo:

Caso você aceite participar dessa pesquisa, deverá responder a um questionário *on-line*, disponibilizado no Google Forms, composto por dados de identificação pessoal, história de formação acadêmica e perguntas relacionadas à sua experiência clínica quanto ao atendimento de indivíduos em uso de anticoagulantes orais, leitura e interpretação de exames laboratoriais hematológicos/bioquímicos, conhecimento sobre as condições sistêmicas que requerem o emprego de anticoagulantes orais, implicações e aplicabilidades dos anticoagulantes orais e emprego de agentes hemostáticos locais. Os dados fornecidos por você, no preenchimento do questionário, serão utilizados posteriormente para análise e produção científica e os pesquisadores manterão a sua identidade em sigilo.

Benefícios Previstos:

Os benefícios esperados concernem na sua contribuição para a avaliação de quanto o Cirurgião Dentista e Graduandos em Odontologia (cursando do 5º ao 10º semestre) têm conhecimento sobre os anticoagulantes orais. Dessa forma, poderá contribuir para o desenvolvimento de publicações e ações de difusão de informações qualificadas e assertivas em relação à abordagem no atendimento de pacientes em uso de anticoagulantes. Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados e revogar sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Potenciais Riscos:

O participante terá potenciais riscos na possibilidade de perda da confiabilidade de dados ou constrangimento ao responder alguma pergunta, caso essa não seja do seu conhecimento. Além disso, ao responder o formulário o dispositivo eletrônico poderá adquirir algum vírus e o participante poderá ainda ser direcionado para outra pesquisa sem seu consentimento.

A fim de minimizar os riscos dessa pesquisa os pesquisadores manterão a identidade dos participantes em sigilo, todos serão identificados por meio de códigos e os dados serão manipulados por um único pesquisador e caso algum dado seja vazado o participante será imediatamente excluído da amostra. Além disso, será realizada a confecção do questionário em uma plataforma confiável, como o Google Forms.

A participação nessa pesquisa é voluntária e os participantes não receberão nenhum tipo de compensação financeira ou benefício direto imediato. Bem como, a desistência ou vontade de não participar da pesquisa não trará qualquer prejuízo ao participante.

Utilização de Registros e Confidencialidade:

Todas as informações e resultados obtidos desse estudo serão utilizados em caráter estritamente científico em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, será mantido sigilo (segredo) da identidade e privacidade dos participantes.

Esse termo de consentimento assinado poderá ser inspecionado pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Instituição.

Forma de Acompanhamento:

O acompanhamento do estudo será feito de maneira integral por parte da equipe de pesquisadores responsáveis durante realização do estudo, e ainda a equipe estará disponível ao participante mesmo após o encerramento e/ou a interrupção de sua realização.

Compensação:

A participação nessa pesquisa é voluntária e o participante não receberá nenhum tipo de compensação financeira ou benefício direto imediato. No entanto, os pesquisadores se responsabilizam por ressarcir e/ou cobrir as despesas apresentadas pelo participante durante a participação nesse estudo, bem como; o assegura indenização e assistência integral e imediata gratuitamente, pelo tempo necessário caso haja algum dano decorrente da pesquisa.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com:

1. Pesquisadora: Profa. Dra. Patrícia Miranda Leite Ribeiro

Endereço: Ambulatório de Estomatologia II na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, na Av. Araújo Pinho, 62 – Canela, CEP: 40110-060, Salvador, Bahia, no 2º andar, nas terças-feiras pela tarde nos horários das 13h às 17h.

Contatos telefônicos: (71) 99202-5093 ou (71) 99141-7949.

2. CEP/FOUFBA- Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

Endereço: Av. Araújo Pinho, 62 – Canela, Salvador, Bahia, no 4º andar, de segunda a sexta (manhã ou tarde).

Contatos telefônicos: (71) 3283-9025 ou (71)3283-8965.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Declaração de Consentimento

Caso você concorde em participar dessa pesquisa, responda o questionário declarando por meio deste termo, que foi suficientemente esclarecido sobre as informações que leu sobre a pesquisa: “Avaliação do Conhecimento de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos em Odontologia Quanto ao Tratamento Odontológico em Usuários de Anticoagulantes Orais”.

Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, e também sua importância, seus benefícios previstos e possíveis riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

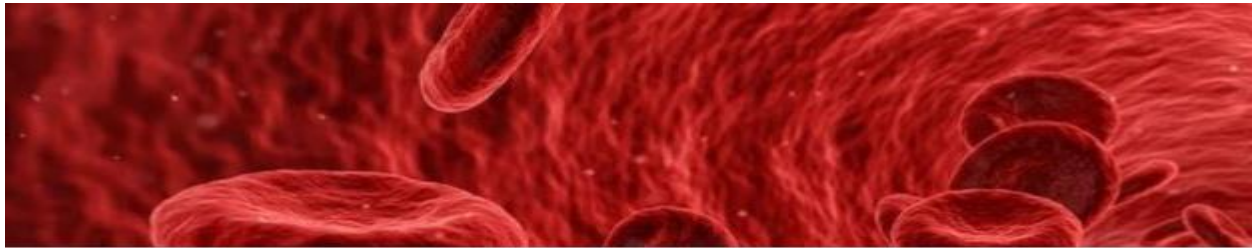
Li, entendi e concordo com as informações do termo acima.

Não desejo participar do estudo.

APÊNDICE B - Formulário Modelo Disponível no Google Forms.



**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA/FOUFBA**



Avaliação do Conhecimento de Cirurgiões Dentistas e Graduandos em Odontologia Quanto ao Tratamento Odontológico em Usuários de Anticoagulantes Orais

*Obrigatório

Olá! Como parte dos requisitos dessa pesquisa, antes de continuar para a próxima seção, precisamos saber, você é:

- Cirurgião (ã) Dentista com registro no CFO/CRO.
- Graduando em Odontologia.

[Próxima](#)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido / Pesquisa *on-line*

Título do Estudo: Avaliação do Conhecimento de Cirurgiões Dentistas e Graduandos em Odontologia Quanto ao Tratamento Odontológico em Usuários de Anticoagulantes Orais.

Pesquisador Responsável: Patrícia Miranda Leite Ribeiro, Professora Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) e Professora Tutora no Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGPIOS-ICS/UFBA).

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) de uma pesquisa que será realizada, no período de março/2021 a março/2022, por meio da aplicação de um questionário que leva em torno de 10 minutos para ser respondido. Por gentileza, leia este documento com atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que você não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-lo, através dos contatos presentes nesse termo. A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo. Observação: Caso o participante não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, o mesmo poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal. Objetivo do Estudo: Avaliar o Nível de Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas e Graduandos em Odontologia sobre o Manejo Odontológico em Indivíduos em Uso de Anticoagulantes Oraís para apresentação em forma de dissertação de mestrado com finalidade de agregar conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados. Descrição do Estudo: Este estudo será realizado por meio da aplicação de um questionário *on-line* na plataforma Google Forms. O convite para sua participação nesta pesquisa justifica-se por você ser Cirurgião (ã) Dentista ou Graduando no Curso de Odontologia em Instituição de Ensino Superior Pública ou Privada e está regularmente matriculado, cursando a partir do 5º semestre até o 10º semestre. Após entender e concordar em participar, sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário disponibilizado neste endereço eletrônico. Procedimento do Estudo: Caso você aceite participar dessa pesquisa, deverá responder a um questionário *on-line*, disponibilizado no Google Forms, composto por dados de identificação pessoal, história de formação acadêmica e perguntas relacionadas à sua experiência clínica quanto ao atendimento de indivíduos em uso de anticoagulantes orais, leitura e interpretação de exames laboratoriais hematológicos/bioquímicos, conhecimento sobre as condições sistêmicas que requerem o emprego de anticoagulantes orais, implicações e aplicabilidades dos anticoagulantes orais e emprego de agentes hemostáticos locais. Os dados fornecidos por você, no preenchimento do questionário, serão utilizados posteriormente para análise e produção científica e os pesquisadores manterão a sua identidade em sigilo. Benefícios Previstos: Os benefícios esperados concernem na sua contribuição para a avaliação de quanto o Cirurgiões Dentistas e Graduandos em Odontologia (cursando do 5º ao 10º semestre) têm conhecimento sobre os anticoagulantes orais. Dessa forma, poderá contribuir para o desenvolvimento de publicações e ações de difusão

de informações qualificadas e assertivas em relação à abordagem no atendimento de pacientes em uso de anticoagulantes. Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados e revogar sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo. Potenciais Riscos: O participante terá potenciais riscos na possibilidade de perda da confiabilidade de dados ou constrangimento ao responder alguma pergunta, caso essa não seja do seu conhecimento. Além disso, ao responder o formulário o dispositivo eletrônico poderá adquirir algum vírus e o participante poderá ainda ser direcionado para outra pesquisa sem seu consentimento. A fim de minimizar os riscos dessa pesquisa os pesquisadores manterão a identidade dos participantes em sigilo, todos serão identificados por meio de códigos e os dados serão manipulados por um único pesquisador e caso algum dado seja vazado o participante será imediatamente excluído da amostra. Além disso, será realizada a confecção do questionário em uma plataforma confiável, como o Google Forms. A participação nessa pesquisa é voluntária e os participantes não receberão nenhum tipo de compensação financeira ou benefício direto imediato. Bem como, a desistência ou vontade de não participar da pesquisa não trará qualquer prejuízo ao participante. Utilização de Registros e Confidencialidade: Todas as informações e resultados obtidos desse estudo serão utilizados em caráter estritamente científico em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, será mantido sigilo (segredo) da identidade e privacidade dos participantes. Esse termo de consentimento assinado poderá ser inspecionado pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição responsável. Forma de Acompanhamento: O acompanhamento do estudo será feito de maneira integral por parte da equipe de pesquisadores responsáveis durante realização do estudo, e ainda a equipe estará disponível ao participante mesmo após o encerramento e/ou a interrupção de sua realização. Compensação: A participação nessa pesquisa é voluntária e o participante não receberá nenhum tipo de compensação financeira ou benefício direto imediato. No entanto, os pesquisadores se responsabilizam por ressarcir e/ou cobrir as despesas apresentadas pelo participante durante a participação nesse estudo, bem como; o assegura indenização e assistência integral e imediata gratuitamente, pelo tempo necessário caso haja algum dano decorrente da pesquisa. Em caso de dúvidas, entrar em contato com: 1. Pesquisadora: Profa. Dra. Patrícia Miranda Leite Ribeiro. Endereço: Ambulatório de Estomatologia II na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, na Av. Araújo Pinho, 62 – Canela, CEP: 40110-060, Salvador,

Bahia, no 2º andar, nas terças-feiras pela tarde nos horários das 13h às 17h. Contatos telefônicos: (71) 99202-5093 ou (71) 99141-7949. 2. CEP/FOUFBA- Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Endereço: Av. Araújo Pinho, 62 – Canela, Salvador, Bahia, no 4º andar, de segunda a sexta (manhã ou tarde). Contatos telefônicos: (71) 3283-9025 ou (71)3283-8965. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. Declaração de Consentimento: Caso você concorde em participar dessa pesquisa, responda o questionário declarando por meio deste termo, que foi suficientemente esclarecido sobre as informações que leu sobre a pesquisa: “Avaliação do Conhecimento de Cirurgiões Dentistas e Graduandos em Odontologia Quanto ao Tratamento Odontológico em Usuários de Anticoagulantes Orais”. Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, e também sua importância, seus benefícios previstos e possíveis riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para recusar-me a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. *

- Li, entendi e concordo com as informações do termo acima.

Voltar

Próxima

Avaliação do Conhecimento de Cirurgiões Dentistas e Graduandos em Odontologia Quanto ao Tratamento Odontológico em Usuários de Anticoagulantes Orais

Prezado(a) Colega Cirurgião(ã)Dentista ou Graduando no Curso de Odontologia, Agradecemos pela sua participação voluntária neste estudo desenvolvido por pesquisadores da UFBA.

Solicitamos, por gentileza, que não faça consultas à outras fontes de dados para não comprometer os resultados da pesquisa.

O anonimato das respostas de cada participante é garantido.

Voltar

Próxima

Você se sente preparado para atender os pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais?

Nessa seção você preencherá o formulário com dados de identificação pessoal, história de formação acadêmica e perguntas relacionadas à sua experiência clínica quanto ao atendimento de indivíduos em uso de anticoagulantes orais.

1. Sexo: *

- Feminino.
- Masculino.

2. Idade: *

- Faixa etária de 18 a 35 anos.
- Faixa etária de 36 a 59 anos.
- Acima de 60 anos.

3. Estado brasileiro que atua como Cirurgião (ã) Dentista ou cursa a Graduação em Odontologia: *

Sua resposta

4. Caso você esteja na Graduação em Odontologia, qual semestre está cursando? Ou você já é Graduado (a) em Odontologia? *

- 5º semestre.
- 6º semestre.
- 7º semestre.
- 8º semestre.
- 9º semestre.
- 10º semestre.
- Sou Graduado (a) em Odontologia com registro no CFO/CRO.

5. Você é Graduado (a) em Odontologia há quantos anos? Ou está na Graduação? *

- Sou Graduado(a) em Odontologia há menos que 05 anos.
- Sou Graduado(a) em Odontologia entre 05 a 10 anos.
- Sou Graduado(a) em Odontologia há mais de 10 anos.
- Estou na Graduação em Odontologia.

6. Qual a Natureza da Instituição de Ensino Superior em que você se Graduou em Odontologia ou está Cursando? *

- Privada.
- Pública.

7. Você tem alguma especialidade? *

- Não.
- Sim, 01 especialidade.
- Sim, 02 ou mais especialidades.

8. Em sua rotina clínica odontológica você realiza algum tipo de procedimento cirúrgico? *

- Sim.
- Não.

9. Você se sente preparado para atender pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais? *

- Sim.
- Não.
- Talvez.

10. Você sabe a diferença entre antiagregante plaquetário e anticoagulante oral? *

- Sim.
- Não.

11. Você já fez atendimento de paciente em uso de antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral? *

- Sim. Já realizei atendimento em ambos os casos.
- Sim. Apenas em uso de antiagregante plaquetário.
- Sim. Apenas em uso de anticoagulante oral.
- Nunca realizei atendimento em pacientes em uso de antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral.
- Não sei.

12. Com qual frequência você atende pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais? *

- Nunca atendi.
- Frequentemente.
- Raramente.
- Não sei.

Atendimento Odontológico ao Paciente em Uso de Anticoagulantes Orais.

Nas próximas questões serão abordadas situações relacionadas ao seu cotidiano clínico enquanto profissional Cirurgião (ã) Dentista ou Graduando em Odontologia, no que tange o Atendimento

Odontológico em pacientes em Uso de Anticoagulantes Oraís. Com base nos seus conhecimentos, assinale as alternativas a seguir:

1. Qual a sua conduta ao planejar um procedimento cirúrgico em paciente em uso de anticoagulante oral? *

- Oriento o paciente a suspender o uso dos anticoagulantes orais previamente ao procedimento cirúrgico.
- Oriento o paciente a não suspender o uso dos anticoagulantes orais previamente ao procedimento cirúrgico.
- Solicito parecer médico, exames laboratoriais e pondero o risco-benefício na suspensão do anticoagulante.
- Encaminho o paciente para consulta médica para que este solicite os devidos exames laboratoriais e emita um parecer informando o manejo odontológico a ser adotado.

2. Em relação às interações medicamentosas com os anticoagulantes orais e aos anestésicos infiltrativos locais empregados na rotina de procedimentos odontológicos, qual sua experiência clínica: *

- Tenho segurança de quais medicamentos devo prescrever.
- Não tenho segurança de quais medicamentos devo prescrever.
- Tenho segurança de quais anestésicos utilizar.
- Não tenho segurança de quais anestésicos utilizar.

3. Qual(is) o(s) exame(s) laboratorial(is) você utiliza para avaliação de paciente em uso de anticoagulante e antiagregantes plaquetário? *

- Hemograma.
- RNI.
- TP.
- TTPA.
- PFA-100.
- Não sei quais os exames devo solicitar.

4. Em relação aos parâmetros laboratoriais dos pacientes em usos de anticoagulante oral ou antiagregante plaquetário você considera os valores de plaqueta e RNI para definição da conduta terapêutica? *

- Sim. Sempre considero os valores de plaqueta e RNI para definição da conduta terapêutica nos pacientes em ambos os casos.
- Sim. Mas considero os valores de plaqueta apenas para pacientes em uso de antiagregante plaquetário e os valores de RNI apenas para pacientes em uso de anticoagulante oral.
- Não considero os valores de plaqueta e RNI seguros para definição da conduta terapêutica.
- Não tenho conhecimento referente aos parâmetros laboratoriais a serem considerados para definição da conduta terapêutica.

5. Você considera o RNI como um parâmetro seguro para avaliar a coagulação do paciente em uso de qualquer tipo de anticoagulante? *
- Sim.
 - Não.
 - Não sei.
 - Talvez.
6. Como você avalia o seu nível de conhecimento em relação às condições sistêmicas dos pacientes que requerem o emprego de anticoagulantes orais? *
- Alto.
 - Médio.
 - Baixo.
 - Não tenho conhecimento nesse quesito.
7. Com base nos seus conhecimentos acerca dos anticoagulantes. Quais desses são considerados novos anticoagulantes: *
- Dabigatrana-Pradaxa®
 - Enoxaparina Sódica- Clexane®
 - Rivaroxabana- Xarelto®
 - Varfarina Sódica- Marevan®
 - Não sei.
8. Como base nos seus conhecimentos, o Clopidogrel e o Ácido Acetilsalicílico (AAS) podem ser considerados anticoagulantes? *
- Sim.
 - Não.
 - Não sei.
9. Na sua rotina clínica já houve algum episódio hemorrágico em pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais? Qual foi o seu manejo para controle do sangramento? *
- Sim. Fiz apenas compressa com gaze e consegui controlar.
 - Sim. Utilizei medidas e agentes hemostáticos locais e consegui controlar.
 - Sim. Não consegui controlar com as medidas hemostáticas locais e foi necessário encaminhamento do paciente.
 - Nunca houve episódio hemorrágico em minha rotina clínica.
10. Entre as medidas hemostáticas locais mais empregadas em odontologia, quais dessas você já utilizou? *
- Compressa com Gaze.

- Esponja Hemostática de Gelatina.
- Ácido Tranexâmico.
- Selante de Fibrina.
- Nunca precisei utilizar medidas hemostáticas locais.

[Voltar](#)[Próxima](#)

Opa! O questionário já está chegando ao fim! Agora queremos saber se você...

Agradecemos mais uma vez a sua participação nesta pesquisa!

Gostaria de receber os resultados desta pesquisa quando os mesmos forem publicados? *

- Sim.
- Não.

Caso a resposta anterior seja SIM, qual seu e-mail? *Este dado não será divulgado e a informação é utilizada apenas para controle interno do estudo.

Sua resposta

Você aceita receber outros questionários do nosso grupo de pesquisa via e-mail? *

- Sim.
- Não.

[Voltar](#)[Enviar](#)



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>