

**PROTOCOLO DE
ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO PARA
PACIENTES COM
INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA: SÍNTESE DE
EVIDÊNCIAS PARA A
PRÁTICA CLÍNICA**

**DENTAL CARE PROTOCOL FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY
DISEASE: A SYNTHESIS OF EVIDENCE FOR CLINICAL PRACTICE**

Ciências da Saúde • 14/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/781321086](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/781321086)

Ana Tereza Silva e Diogo¹
Élida Lucia Ferreira Assunção²
Gabrielle Dias Lopes³
Giovanna Eduarda Narciso Costa⁴
Lara Luísa Medeiros⁵
Maria Cecília Pereira Araújo⁶
Carlos Alberto Quintão Rodrigues⁷

RESUMO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma condição progressiva que afeta múltiplos sistemas, incluindo a cavidade oral. Entre suas manifestações bucais mais comuns estão xerostomia, lesões em mucosas, distúrbios plaquetários e alterações ósseas, exigindo cuidados odontológicos específicos. Diante disso, este estudo tem como objetivo a elaboração de um protocolo de atendimento odontológico, baseado na síntese de recomendações, fundamentadas em evidências científicas, com o propósito de promover a segurança e a eficácia das intervenções odontológicas voltadas a essa população. Trata-se de uma revisão narrativa estruturada. A coleta de dados foi realizada por meio de busca bibliográfica nas bases PubMed, SciELO, LILACS, Google Scholar e BVS, utilizando descritores controlados em português e inglês, combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos publicados entre 2012 e 2025, nos idiomas português ou inglês, que abordassem manifestações orais da IRC e protocolos odontológicos aplicáveis. Após um processo de triagem em quatro etapas, 20 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final da análise. Devido às repercussões sistêmicas e manifestações orais da IRC, o atendimento odontológico desses pacientes exige planejamento individualizado, avaliação laboratorial rigorosa e integração com a equipe nefrológica. As particularidades clínicas impõem restrições terapêuticas, como o uso cauteloso de fármacos, controle hemostático e antibioticoprofilaxia. Nesse cenário, diretrizes baseadas em evidências e atuação interdisciplinar são essenciais para garantir um cuidado seguro e eficaz. Pretende-se, assim, contribuir para a padronização das condutas clínicas e para o aprimoramento da prática profissional.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica; Insuficiência renal crônica; Atendimento odontológico.

ABSTRACT

Chronic kidney disease (CKD) is a progressive condition that affects multiple systems, including the oral cavity. Among its most common oral manifestations are xerostomia, mucosal lesions, platelet disorders, and bone alterations, requiring specific dental care. Therefore, this study aims to develop a dental care protocol, based on a synthesis of recommendations grounded in scientific evidence, with the purpose of promoting the safety and effectiveness of dental interventions aimed at this population. This is a structured narrative review. Data collection was carried out through a bibliographic search in the PubMed, SciELO, LILACS, Google Scholar, and BVS databases, using controlled descriptors in Portuguese and English, combined with Boolean operators. Studies published between 2012 and 2025, in Portuguese or English, that addressed oral manifestations of CKD and applicable dental protocols were included. After a four-stage screening process, 20 studies met the eligibility criteria and comprised the final sample for analysis. Due to the systemic repercussions and oral manifestations of CKD, dental care for these patients requires individualized planning, rigorous laboratory evaluation, and integration with the nephrology team. Clinical particularities impose therapeutic restrictions, such as the cautious use of drugs, hemostatic control, and antibiotic prophylaxis. In this scenario, evidence-based guidelines and interdisciplinary action are essential to ensure safe and effective care. The aim is, therefore, to contribute to the standardization of clinical procedures and the improvement of professional practice.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Chronic renal failure; Dental care.

1. INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos essenciais para a homeostase organismo, atuando na regulação do equilíbrio eletrolítico e na produção de hormônios e compostos orgânicos essenciais ao metabolismo, como renina, eritropoietina e prostaglandinas. Também participam do controle da produção de células vermelhas e da ativação da vitamina D^{1,2}. Alterações na função renal, decorrentes de fatores genéticos, tóxicos, infecciosos ou de doenças como hipertensão arterial, diabetes, nefrite glomerular/intersticial e pielonefrite, podem comprometer a Taxa de Filtração Glomerular (TFG), resultando em diferentes estágios da doença renal^{3,4,5}.

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição progressiva, irreversível e multifatorial, caracterizada pela perda da conformação e função dos rins, resultando na redução da TFG e no acúmulo de compostos nitrogenados no sangue, como ureia, creatinina e ácido úrico^{2,6}. Nesse contexto, a IRC é uma condição de alta prevalência e incidência crescente, associada ao envelhecimento populacional, fatores genéticos, ambientais e maior ocorrência em mulheres⁴. Além disso, o diagnóstico precoce ainda é um desafio, favorecendo altos índices de morbidade e mortalidade^{2,7}. Nesse sentido, a progressão da IRC afeta múltiplos sistemas do organismo, prejudicando a qualidade de vida dos pacientes, com manifestações como náuseas, vômitos, hipertensão, fraqueza e anemia^{8,9,10}.

Representando o estágio mais avançado da doença renal, a IRC provoca desequilíbrios metabólicos e eletrolíticos, com amplas repercussões sistêmicas^{1,2,3,5}. Nesse contexto, no Brasil, a IRC está frequentemente associada a condições crônicas como diabetes e hipertensão, o que reforça seu caráter multifatorial e o impacto crescente nos sistemas de saúde^{3,5,9,10}. Os pacientes acometidos

podem apresentar comprometimentos em diversos sistemas, incluindo o cardiorrespiratório, muscular e neurológico ⁹, além de apresentarem maior risco para câncer, doenças hepáticas, cardiovasculares e anemia ^{5,7}.

Além do comprometimento sistêmico, aproximadamente 90% de pacientes com IRC apresentam manifestações orais secundárias à doença ^{6,7,8}, geralmente relacionadas aos efeitos dos medicamentos, imunossupressão, perda óssea e restrição hídrica ^{7,8}. Entre as principais alterações bucais associadas, destacam-se: palidez da mucosa bucal, cálculo dentário, hipoplasia de esmalte, erosão, cárie, doença periodontal, perda dentária precoce, hálito urêmico, lesões mucosas, malignas e fúngicas, além de xerostomia e disgeusia. ^{1,6,7,8,11}. Tais manifestações bucais não se restringem ao campo local, mas apresentam potencial para piorar o quadro clínico sistêmico dos pacientes, influenciando diretamente os desfechos relacionados à morbidade e à mortalidade na IRC ^{6,12}.

Pacientes com IRC requerem atenção odontológica especial, já que condições bucais como cáries, periodontites e mucosites podem agravar sua morbimortalidade ao favorecer inflamações, infecções e complicações sistêmicas ^{6,12,13,14}. Diante disso, o cirurgião-dentista deve estar capacitado para reconhecer as manifestações orais da doença e adotar condutas clínicas específicas, como monitoramento da pressão arterial, solicitação de exames complementares, atenção às alterações hemostáticas e ter cautela na prescrição de medicamentos e anestésicos locais ^{2,8,9,15,16}. Apesar da importância de protocolos baseados em evidências, a escassez de diretrizes clínicas padronizadas representa um desafio, o que contribui para condutas heterogêneas e aumenta o risco de intercorrências ^{1,2,7}.

Atualmente, a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) não dispõe de um protocolo clínico específico para atendimento odontológico de pacientes com insuficiência renal crônica. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo a elaboração de um protocolo de atendimento baseado na síntese de recomendações, fundamentadas em evidências científicas, com o propósito de promover a segurança e a eficácia das intervenções odontológicas voltadas a essa população. Pretende-se, assim, contribuir para a padronização das condutas clínicas e para o aprimoramento da prática profissional.

2. METODOLOGIA

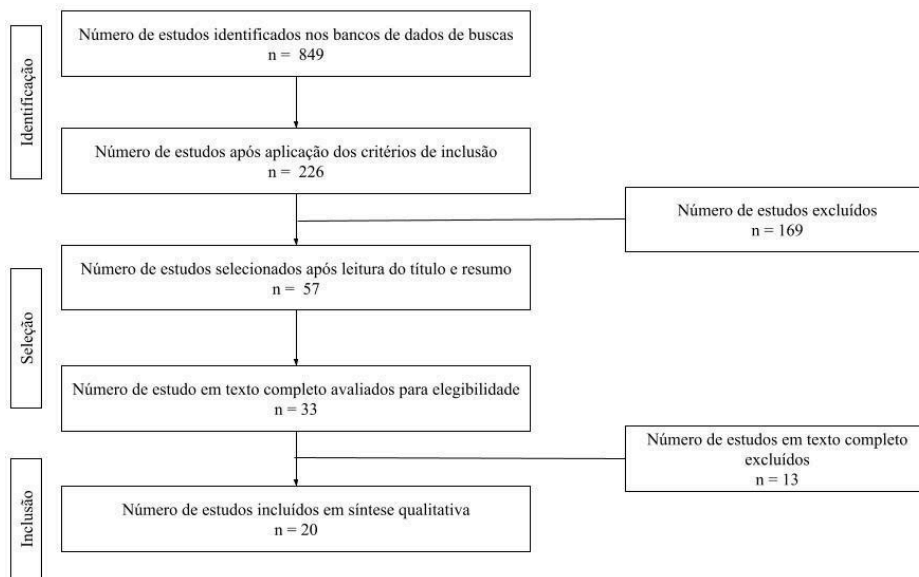
Trata-se de uma revisão narrativa estruturada, cujo objetivo é identificar e analisar as manifestações orais associadas à IRC, bem como os protocolos clínicos odontológicos recomendados para o atendimento desses pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio de busca bibliográfica nas seguintes bases de dados eletrônicas: *PubMed* (MEDLINE); *SciELO* (Scientific Electronic Library Online); *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); *Google Scholar*; *BVS* (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram utilizados descritores controlados (*DeCS/MeSH*) em português e inglês, combinados por operadores booleanos (*AND*, *OR*). Os termos de busca incluíram: “Doença Renal Crônica” / “*Chronic Kidney Disease*”; “Insuficiência Renal Crônica” / “*Chronic Renal Failure*”; “Atendimento Odontológico” / “*Dental Care*”.

Foram incluídos na revisão os estudos que atendiam aos seguintes critérios: Disponibilidade do texto completo; Publicações nos idiomas português ou inglês; Estudos publicados entre

2015 e 2025; Estudos do tipo: revisão de literatura, revisão integrativa, revisão não sistematizada, ensaio clínico, estudo transversal, estudo de campo observacional e estudo bibliográfico com análise integrativa que abordassem as manifestações orais da IRC e os protocolos de atendimento odontológico. Foram excluídos artigos com acesso restrito; publicações fora do intervalo temporal estabelecido (2012–2025); trabalhos não relacionados diretamente ao tema; artigos duplicados entre as bases consultadas; estudos com resumos considerados irrelevantes após leitura completa.

O processo de seleção dos artigos foi realizado em quatro etapas: Leitura dos títulos para triagem inicial; Análise dos resumos dos estudos pré-selecionados; Leitura integral dos textos que atenderam aos critérios anteriores; Elaboração de uma tabela analítica contendo os seguintes dados de cada artigo: título, tipo de estudo, tamanho da amostra, autoria, ano e país de publicação, objetivos, principais achados e conclusões. Após o processo de triagem e análise, 20 estudos atenderam a todos os critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final utilizada para fundamentar a análise e discussão deste trabalho. A Figura 1 apresenta o fluxograma que representa as etapas de seleção dos estudos para a revisão.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos 20 artigos selecionados permitiu identificar que a insuficiência renal crônica (IRC) impacta diretamente a saúde bucal dos pacientes, refletindo-se em uma série de manifestações locais e sistêmicas que exigem cuidados odontológicos específicos. Além das repercussões clínicas da própria disfunção renal, os efeitos adversos do tratamento dialítico e do uso de medicamentos imunossupressores também contribuem para agravar o quadro de morbidade bucal.

A insuficiência renal refere-se à falência parcial ou total dos rins em desempenhar sua principal função de filtrar o sangue para remover substâncias potencialmente prejudiciais ao corpo, e pode ser dividida em duas principais formas, conforme a rapidez com que ocorre a perda da função renal e o aparecimento dos sintomas. Uma das formas de apresentação é a Insuficiência Renal Aguda (IRA), caracterizada por uma queda súbita e rápida na capacidade funcional dos rins, e a outra forma é IRC, a qual apresenta uma diminuição lenta e progressiva da função renal, com sintomas que

surgem gradualmente ao longo do tempo. Enquanto a forma aguda, na maioria das vezes, pode ser revertida com o tratamento adequado, a IRC tende a ser permanente. Nestes casos, os cuidados geralmente envolvem terapias como a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal ^{4,17,18}.

Essa perda gradual da função excretora dos rins interfere diretamente na capacidade de filtração sanguínea. Um dos principais indicadores dessa função é a taxa de filtração glomerular (TFG), que quantifica o volume de plasma filtrado pelos glomérulos por minuto, ajustado para a área de superfície corporal. Em condições normais, a TFG situa-se entre 120 e 130 mL/min/1,73 m², podendo apresentar variações conforme características individuais como idade, sexo e peso ^{4,13,16}.

Avaliação Médica Prévia

Na prática clínica, a avaliação da TFG é realizada por meio de equações que consideram os níveis de creatinina no sangue, permitindo classificar a doença em diferentes graus de severidade. A definição dos estágios da IRC é essencial para delinear estratégias terapêuticas e monitorar a progressão clínica ⁴.

Estágio 1: Indica a presença de alterações estruturais ou funcionais nos rins, com uma TFG ainda dentro dos limites normais ou discretamente elevados (≥ 90 mL/min/1,73 m²).

Estágio 2: Sugere perda funcional leve, com TFG reduzida entre 60 e 89 mL/min/1,73 m², ainda acompanhada de evidência de dano renal.

Estágio 3: Denota comprometimento funcional moderado, com filtração variando entre 30 e 59 mL/min/1,73 m².

Estágio 4: Configura uma perda significativa da capacidade renal (15–29 mL/min/1,73 m²), fase em que se inicia a preparação para terapias de substituição renal.

Estágio 5: Representa a falência funcional total ou quase total dos rins, com TFG inferior a 15 mL/min/1,73 m², exigindo medidas terapêuticas como diálise ou transplante renal.

Diversas condições clínicas estão associadas ao desencadeamento da IRC, entre elas, doenças metabólicas e autoimunes, hipertensão arterial mal controlada, infecções renais crônicas, alterações genéticas como os rins policísticos, além do uso prolongado de medicamentos nefrotóxicos, incluindo anti-inflamatórios não esteroidais e analgésicos. Um aspecto crítico do diagnóstico é o fato de que os sintomas só se tornam evidentes quando uma grande parte dos néfrons — geralmente mais de 75% — já está comprometida ^{4,13,16}.

Exames Laboratoriais

Os casos de pacientes com IRC em tratamento conservador ou com diálise peritoneal requerem apenas controle da pressão arterial e cautela na prescrição de medicamentos nefrotóxicos. Já aqueles em hemodiálise, requerem cuidados odontológicos específicos devido às alterações sistêmicas provocadas pela doença e seu tratamento, sendo fundamental a comunicação com o nefrologista para avaliar o estágio da doença, medicações e comorbidades. A anemia e distúrbios de coagulação são comuns, exigindo exames como

hemograma, coagulograma, tempo de sangramento (TS) e tempo de atividade da protrombina (TAP) antes de procedimentos invasivos. Ademais, é fundamental avaliar eletrólitos como potássio e sódio, já que alterações como hipercalemia e hiponatremia podem representar riscos graves durante o atendimento odontológico. Por isso, uma abordagem cautelosa é indispensável 4,8,10,12,15,16.

Risco de Sangramento

É essencial que o cirurgião-dentista esteja ciente de cuidados específicos no atendimento a pacientes renais, principalmente quanto ao risco de sangramentos acentuados, maior propensão a infecções e a escolha adequada dos medicamentos. Durante a hemodiálise, o risco de sangramento aumenta devido ao uso de anticoagulantes, como a heparina, e a alterações na função das plaquetas, que comprometem sua agregação e adesão 4,15,16,18.

Maior Risco de Infecções

Pacientes com IRC, imunidade comprometida ou que passaram por transplante renal apresentam maior propensão a infecções bucais, devido ao uso de medicamentos imunossupressores. Estima-se que cerca de 60% dos transplantados desenvolvam alguma alteração na cavidade oral. Entre as infecções mais frequentes estão a candidíase, infecções herpéticas e por citomegalovírus. A candidíase, uma infecção fúngica oportunista, é especialmente comum nesses pacientes, podendo se manifestar nas formas pseudomembranosa, eritematosa ou atrófica 8.

Disfunção Plaquetária

A disfunção plaquetária pode contribuir também para um maior risco de sangramento devido à associada à alta concentração de ureia no sangue e ao uso regular de anticoagulantes naqueles pacientes que estão em diálise. Clinicamente, podem apresentar sinais como sangramento gengival, epistaxe e manchas hemorrágicas na mucosa oral, incluindo equimoses, petéquias e púrpuras localizadas na língua, palato mole, mucosa jugal e lábios⁸.

Alterações Ósseas

Pacientes IRC frequentemente apresentam alterações ósseas significativas, como desmineralização, perda da lâmina dura e do osso alveolar, trabeculado ósseo reduzido, fraturas espontâneas dos maxilares e remodelação óssea anormal. Essas condições podem resultar em mobilidade e perda dentária, alterações na oclusão, disfunções temporomandibulares e danos ao periodonto, dificultando o tratamento odontológico e exigindo atenção constante do cirurgião-dentista^{8,12,18}.

Tais alterações ósseas são comumente associadas ao hiperparatireoidismo secundário, presente em muitos pacientes com IRC, podendo levar à formação de áreas radiolúcidas que se assemelham a lesões dentárias. O tumor marrom, típico do hiperparatireoidismo primário, também pode surgir em pacientes renais e se localizar na mandíbula ou maxila, o que exige um diagnóstico diferencial cuidadoso para evitar confusões com outras patologias ósseas¹⁸.

Diante disso, o acompanhamento radiográfico regular é indispensável para a avaliação da saúde óssea desses pacientes. A análise de alterações em osso medular e cortical, bem como a

detecção de lesões radiopacas e radiolúcidas, são fundamentais para um diagnóstico preciso e planejamento odontológico seguro ¹⁸.

Alterações na Cavidade Oral

Diversas alterações na cavidade oral chegam a afetar cerca de 90% dos casos de indivíduos com IRC. Entre as manifestações comuns estão xerostomia, úlceras aftosas, candidíase, alterações no paladar, inflamação gengival, atraso na erupção dentária e queilite angular^{6,12,16,18}.

Além disso, a IRC pode provocar sinais característicos na boca, como hálito urêmico, palidez da mucosa devido à anemia, mobilidade dentária, gengivite, periodontite e alterações na língua, como língua geográfica e língua pilosa. A presença de ureia elevada na saliva pode causar gosto ruim e halitose, enquanto a inflamação e o aumento da parótida são outras alterações observadas. Em crianças, a doença pode causar hipoplasia do esmalte, atraso na erupção dentária e alterações no crescimento maxilomandibular, resultando em maloclusões^{4,12,16,18}.

Planejamento do Atendimento

O atendimento odontológico em pacientes com IRC, especialmente os que realizam hemodiálise, exige planejamento cuidadoso. O ideal é que procedimentos invasivos sejam realizados no dia seguinte à diálise, momento em que os efeitos da heparina — anticoagulante utilizado durante o processo — já cessaram, reduzindo significativamente o risco de sangramentos. É essencial evitar o braço com fístula arteriovenosa para aferição da pressão arterial e manter o monitoramento dos sinais vitais antes, durante e após os

atendimentos, considerando a alta prevalência de hipertensão nessa população^{8,15}.

Procedimentos Eletivos

Tratamentos eletivos devem ser realizados somente quando o paciente estiver clinicamente estável. Deve-se priorizar medidas preventivas e terapias conservadoras, evitando intervenções extensas ou prolongadas em uma única sessão. O uso de anestésicos locais deve ser feito com cautela, utilizando doses reduzidas, e as técnicas cirúrgicas devem ser precisas, associadas a agentes hemostáticos locais para controlar possíveis sangramentos¹⁶.

Procedimentos de Urgência

Em situações de urgência, como infecções ou dor intensa, o tratamento deve ser realizado com precauções adicionais, principalmente quanto ao controle do sangramento e do risco de infecção. Além disso, monitorar os sinais vitais é imprescindível, pois o estresse do procedimento pode elevar a pressão arterial e colocar o paciente em risco. Nesses casos, o objetivo é eliminar focos infecciosos, estabilizar o quadro e preservar a saúde bucal sem comprometer o estado geral do paciente¹⁶.

Cuidados com Hemostasia

Em situações com risco aumentado de sangramento, é fundamental que o cirurgião-dentista esteja apto a realizar hemostasia local de forma eficaz no pós-operatório. Para isso, devem ser adotadas técnicas como fechamento por primeira intenção com suturas

compressivas, aplicação de compressas frias, uso de agentes hemostáticos tópicos (como trombina, esponjas de colágeno ou celulose oxidada) e agentes antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico^{6,8,10,15}.

Durante e após o tratamento odontológico, é essencial empregar técnicas cirúrgicas minimamente traumáticas, promover compressão local eficaz e, quando necessário, utilizar recursos adicionais como eletrocautério, prescrição de vitamina K, transfusão de plaquetas, plasma fresco congelado ou agentes fibrinolíticos. Em casos urgentes, pode-se considerar ainda a administração de antagonistas da heparina para controle do sangramento^{6,8,10,15}. No entanto, é válido ressaltar que todas essas condutas, especialmente aquelas que envolvem medicações sistêmicas ou medidas invasivas, devem ser previamente discutidas com o nefrologista responsável, levando em consideração o estado clínico e hematológico do paciente^{10,15}.

Profilaxia Antibiótica

O cirurgião-dentista deve estar capacitado para indicar a profilaxia antibiótica de forma criteriosa, restringindo sua administração apenas aos casos em que há real necessidade, evitando o uso indiscriminado em todos os pacientes⁶. Os antibióticos de escolha incluem as penicilinas, clindamicina e cefalosporinas, por apresentarem um perfil de segurança mais favorável para pacientes com IRC. Por outro lado, medicamentos como tetraciclinas, aminoglicosídeos e outros antibióticos polipeptídicos devem ser evitados devido ao seu potencial nefrotóxico. É importante destacar que tanto as doses quanto os intervalos de administração dos antimicrobianos devem ser cuidadosamente ajustados,

preferencialmente em conjunto com o nefrologista responsável pelo acompanhamento do paciente ^{1,2,6,15}.

Para pacientes com IRC associada a cardiopatias, especialmente aqueles com histórico de dispositivos protéticos, a profilaxia antibiótica está indicada. Nesse contexto, recomenda-se a administração de amoxicilina 2g, ou, em casos de hipersensibilidade, clindamicina 600mg, ambos administrados uma hora antes do procedimento odontológico ⁸. Os pacientes em hemodiálise podem desenvolver o quadro de endarterite, uma infecção relacionada ao acesso vascular, com conseqüente risco de bacteremia. Nesses casos, a profilaxia antibiótica também é recomendada, principalmente nos primeiros seis meses após a criação do acesso vascular ⁶.

Adicionalmente, para procedimentos cirúrgicos odontológicos, deve-se considerar a antibioticoprofilaxia, devido ao aumento do risco de infecções bacterianas nos pacientes com IRC ⁸. Em indivíduos submetidos ao transplante renal, a profilaxia antibiótica também se faz necessária antes de intervenções odontológicas mais invasivas, visando prevenir complicações como a glomerulonefrite no rim transplantado ¹⁵.

Prescrição de Medicamentos

Grande parte dos medicamentos utilizados na prática odontológica apresenta excreção parcial pelos rins. Considerando que as funções renais encontram-se comprometidas em pacientes com insuficiência renal crônica, torna-se imprescindível a comunicação prévia com o nefrologista responsável antes do início de qualquer farmacoterapia, especialmente quando a IRC está associada a

comorbidades como diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica, a fim de realizar os devidos ajustes de dose e intervalos de administração^{2,6,8,15,19}.

Para o manejo da dor, a maioria dos analgésicos com metabolismo hepático pode ser administrada com segurança, sendo o paracetamol e a codeína considerados as primeiras opções terapêuticas^{6,15}. Por outro lado, é contraindicado o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), devido ao seu potencial nefrotóxico e ao risco de agravamento da disfunção renal, bem como da aspirina, por seu efeito antiagregante plaquetário, que eleva o risco de sangramento^{2,8,15,19}.

Quanto ao uso de anestésicos locais, estes são considerados seguros quando administrados em doses reduzidas em pacientes com IRC^{3,5}. A lidocaína a 2% é o anestésico de escolha, em razão de sua metabolização hepática. Contudo, seu uso deve ser cauteloso em pacientes com hipertensão arterial associada, devido à presença do vasoconstritor^{2,8,15,19}. A articaína a 4% também é considerada uma alternativa segura, uma vez que sua metabolização ocorre predominantemente no plasma². Por outro lado, a mepivacaína não é recomendada, pois, apesar de apresentar metabolização hepática, sua excreção renal é lenta, o que pode resultar em acúmulo e efeitos adversos¹⁵.

Cuidados Específicos com Pacientes Transplantados

Os pacientes que passaram por transplante renal devem suspender a realização de procedimentos odontológicos eletivos durante os primeiros seis meses após a cirurgia. O uso de medicamentos imunossupressores, como corticosteroides, inibidores de

calcineurina (por exemplo, tacrolimus) e inibidores da proliferação de linfócitos (como azatioprina e mofetil micofenolato), podem apresentar supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o que aumenta o risco de crise adrenal em situações de estresse, como procedimentos cirúrgicos. Nestes casos, é recomendada a avaliação conjunta entre o cirurgião-dentista e o médico, a fim de determinar a necessidade de suplementação da dose, especialmente se o paciente utilizar mais de 7,5 mg de prednisolona por dia. Não será necessária suplementação em pacientes que usam doses menores que 7,5 mg ou que estejam em tratamento conservador. No entanto, para procedimentos odontológicos de pequeno porte, o risco de uma crise adrenal é baixo, não sendo indicada a suplementação de rotina ^{6,8,9,15}.

O uso de medicamentos imunossupressores, como ciclosporina e azatioprina, pode causar hiperplasia gengival secundária, que se agrava com a higiene bucal deficiente e pode resultar em maior sensibilidade gengival ^{2,10,15}.

Orientações de Prevenção

A prevenção em saúde bucal é uma estratégia fundamental para pacientes com IRC, especialmente os imunossuprimidos. Nesses casos, recomenda-se que o paciente realize consultas regulares com o cirurgião-dentista para manter uma higiene bucal satisfatória, diagnosticar alterações bucais e eliminar possíveis focos de infecção, minimizando assim os efeitos da doença. A higiene oral rigorosa contribui diretamente para a redução do risco de infecções sistêmicas, que podem se tornar graves nesse grupo de pacientes ^{8,16}. É importante que o cirurgião-dentista seja incluído na equipe multiprofissional e tenha uma boa comunicação com o médico

nefrologista responsável, a fim de melhorar a prevenção e estabelecer um plano de tratamento adequado ^{2,8,9}.

Durante as consultas odontológicas, deve-se enfatizar a importância do uso regular do fio dental, da utilização de dentífrico fluoretado e da troca periódica da escova dental. Tendo em vista que a conscientização e a promoção de uma boa saúde bucal desempenham um papel crucial nas terapias de manutenção, tanto sistêmicas quanto locais ^{7,10}. Além disso, a realização de bochecho com clorexidina 0,12%, antimicrobiano de amplo espectro e antifúngico, pode auxiliar no controle de infecções e na redução de microrganismos patogênicos ^{2,8}.

O tratamento e acompanhamento odontológico devem ser realizados durante toda a terapia sistêmica, tanto na fase pré quanto pós-transplante renal ⁷. Nos pacientes transplantados, principalmente na fase pós-transplante, é essencial que o tratamento odontológico seja eficiente, com manutenção rigorosa da higiene bucal, pois isso ajuda na prevenção de infecções graves e contribui para a sobrevivência do órgão transplantado ⁶.

Considerações Pós-operatórias

No pós-operatório, o paciente renal crônico deve ser monitorado com especial atenção aos sinais precoces de infecção e aos riscos de sangramento, devido à disfunção plaquetária associada à uremia e ao uso de anticoagulantes em alguns casos ¹⁵.

Documentação e Consentimento

Em todos os casos, o atendimento odontológico deve ser realizado de forma humanizada, com acolhimento, estabelecimento de confiança entre profissional e paciente, elaboração de um plano de tratamento. A documentação detalhada é indispensável para garantir a segurança e o respaldo legal, deve-se registrar todas as informações clínicas e laboratoriais relevantes no prontuário, incluindo função renal, uso de medicamentos, informações dos exames complementares analisados, intercorrências médicas e orientações recebidas do nefrologista¹.

Para garantir uma comunicação eficaz entre paciente e profissional, é necessário que o cirurgião-dentista apresente o termo de consentimento livre e informado, fornecendo informações detalhadas por escrito sobre os riscos específicos do tratamento odontológico.

Além disso, deve realizar uma explicação clara e acessível, discutindo as alternativas de tratamento e destacando as opções mais seguras e eficazes para pacientes com insuficiência renal²⁰.

Diante da complexidade que envolve o atendimento odontológico de pacientes com IRC, é essencial a adoção de um protocolo específico. Esse protocolo tem como objetivo orientar o cirurgião-dentista e assegurar um cuidado seguro e eficaz ao paciente. Para melhor direcionar as condutas clínicas, o protocolo foi estruturado no quadro abaixo em etapas que incluem orientações no pré-atendimento, durante e após o procedimento, além de recomendações sobre prescrição medicamentosa e cuidados gerais voltados aos pacientes com IRC.

Quadro 1. Protocolo Odontológico - Paciente com Insuficiência Renal Crônica

Etapa do Atendimento	Conduitas Principais
Antes do Atendimento	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="651 432 1385 510">● Agendar procedimentos para o dia após a diálise.<li data-bbox="651 551 1326 584">● Não aferir PA no braço com fístula.<li data-bbox="651 624 1225 658">● Monitorar sinais vitais.<li data-bbox="651 698 1396 819">● Confirmar estabilidade clínica com exames complementares e acompanhamento médico.
Procedimentos Eletivos	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="651 1025 1342 1104">● Realizar apenas se o paciente estiver estável.<li data-bbox="651 1144 1169 1178">● Sessões curtas.<li data-bbox="651 1218 1251 1252">● Técnicas pouco invasivas.<li data-bbox="651 1292 1289 1370">● Reduzir dose de anestésicos e medicamentos.<li data-bbox="651 1411 1366 1444">● Usar hemostáticos locais, se necessário.
Procedimentos de Urgência	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="651 1641 1310 1720">● Foco: Controle de dor, infecção e sangramento.<li data-bbox="651 1760 1385 1839">● Monitoramento constante dos sinais vitais durante o atendimento.
Cuidados com Hemostasia	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="651 2040 1358 2119">● Técnicas locais: sutura, compressa fria, agentes hemostáticos tópicos.

	<ul style="list-style-type: none">• Casos graves: eletrocautério, vitamina K, transfusões (sempre com liberação médica).• Cirurgias com técnica minimamente traumática.
Profilaxia Antibiótica	<ul style="list-style-type: none">• Realizar somente quando indicado com doses ajustadas, conforme orientação do nefrologista.• Antibióticos preferenciais: Amoxicilina 2g ou Clindamicina 600mg, uma hora antes do procedimento.• Evitar: tetraciclina, aminoglicosídeos, polipeptídicos.• Indicações principais: Cardiopatias, próteses, fístula recente, cirurgias em transplantados renais.
Prescrição de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Consultar o nefrologista antes de prescrever.• Analgésicos seguros: Paracetamol, Codeína.• Evitar: AINEs, aspirina.• Anestésico de escolha: Lidocaína 2% ou, em alguns casos, Articaina 4%.• Cuidado com vasoconstritores em hipertensos.
Cuidados com Pacientes Transplantados	<ul style="list-style-type: none">• Evitar procedimentos eletivos nos primeiros 6 meses após o transplante.

	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de insuficiência adrenal se uso de corticoides for crônico. • Atenção a hiperplasia gengival e risco de infecções (uso de imunossupressores).
Prevenção e Orientações de Saúde Bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas regulares. • Higiene rigorosa: fio dental, escova, flúor, clorexidina. • Eliminar focos infecciosos. • Trabalho integrado com a equipe médica (nefrologista).
Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais de sangramento e infecção. • Atenção especial à função plaquetária e uso de anticoagulantes.
Documentação	<ul style="list-style-type: none"> • Registro detalhado de todo o atendimento no prontuário. • Obter termo de consentimento informado. • Anotar dados clínicos importantes: função renal, medicamentos, intercorrências, orientação médica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das múltiplas repercussões sistêmicas e das manifestações orais associadas à IRC, incluindo distúrbios hemostáticos, imunossupressão, alterações ósseas e suscetibilidade a infecções oportunistas, o manejo odontológico desses pacientes requer planejamento clínico individualizado, suporte laboratorial criterioso e comunicação efetiva com a equipe nefrológica. Tais condições impõem restrições terapêuticas, incluindo a limitação de fármacos nefrotóxicos, a necessidade de estratégias rigorosas de controle hemostático e a indicação racional de antibioticoprofilaxia, sempre em consonância com o estágio da doença e o regime terapêutico vigente.

Nesse contexto, a presente revisão de literatura resultou na elaboração de um protocolo de atendimento odontológico fundamentado em evidências científicas, contribuindo diretamente para a prática clínica ao oferecer diretrizes que visam à segurança e à eficácia no cuidado a pacientes renais crônicos. A padronização das condutas, aliada à capacitação técnica contínua dos profissionais e à atuação interdisciplinar integrada, constitui um alicerce essencial para a promoção de cuidados seguros, eficazes e eticamente sustentáveis.

O protocolo proposto busca suprir a escassez de diretrizes clínicas sistematizadas na literatura nacional voltadas à prática odontológica para esse público. Entre as limitações desta revisão, destacam-se a restrita disponibilidade de estudos com foco específico na interface entre IRC e Odontologia e a ausência de diretrizes unificadas em âmbito nacional. Recomenda-se, como continuidade, a validação clínica do protocolo proposto por meio de estudos futuros, bem como a realização de investigações que aprofundem as lacunas identificadas neste trabalho. A

continuidade da pesquisa nessa área é fundamental para consolidar diretrizes acessíveis, éticas e adequadas às demandas da população com IRC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quadrelli; Sousa. Manifestações bucais e o manejo odontológico em pacientes com doença renal crônica. **Revista da jopic**, v. 2, n. 4, 2019.
2. Noccioli *et al.* Atendimento odontológico em pacientes com doença renal crônica e suas manifestações bucais. **Revista diálogos em saúde**, v.4, p.46, 2021.
3. Rosa *et.al.* The Influence of Vasoconstrictor Use in Local Anesthesia in Individuals with Chronic Renal Failure. **J Health Sci**, 21(2):269-73, 2019.
4. Mateus S.F.M. Doença renal e a sua relação com doenças da cavidade oral - Revisão narrativa. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2021.
5. Rosa *et al.* Uso de anestésicos locais em indivíduos com insuficiência renal crônica. **CONCILIUM**, v. 24, n. 3, 2024.
6. Costantinides *et al.* Dental Care for Patients with End-Stage Renal Disease and Undergoing Hemodialysis. **International Journal of Dentistry**, 2018.
7. Silva *et al.* Doença renal crônica: influencia sistêmica na odontologia e manifestações bucais. **Research, Society and**

Development, v. 10, n. 14, 2021.

8. Castro *et al.* Alterações bucais e o manejo odontológico dos pacientes com doença renal crônica. **Arch Health Invest**, 6(7):308-315, 2017.
9. Souza *et al.* Manejo odontológico de pacientes com Doença Renal Crônica: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 13, 2023.
10. Santana *et al.* Atendimento odontológico ao paciente portador de doença renal crônica: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, 2022.
11. Silva *et al.* Oral health challenges in patients with chronic kidney disease: A comprehensive clinical assessment. **The Saudi Dental Journal**, 36, 364–367, 2024.
12. Gonçalves *et al.* Estudo de alterações bucais em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Brazilian Journal of Development**, v.7, n.11, p. 102142-102158,
13. Lacerda *et al.* Caracterização da saúde bucal de indivíduos renais crônicos aptos a transplante. **Rev Odontol UNESP**; 44(5): 292-298, 2015.
14. Melo *et al.* Alterações bucais em pacientes com insuficiência renal crônica: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Foco**, v.16.n.9, p.01-12, 2023.
15. Rodrigues *et al.* Considerações clínicas e manejo odontológico de pacientes com doença renal crônica. **Odontol. Clín.-Cient.**,

20(4) 12 - 17, 2021.

16. Zambon *et al.* Complicações orais e assistência odontológica à pacientes com doença renal crônica: uma revisão para cirurgiões-dentistas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, 9 p.2523-2533, 2024.
17. Frazão, A. Insuficiência renal: o que é, sintomas, causas e tratamento. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 3, 8, p. 03-10, 2021.
18. Lopes, L. G. S. Atendimento odontológico ao paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemolítico: recomendações para a prática clínica na esf. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal De Minas Gerais, Corinto – MG, 2012.
19. Oliveira *et al.* Doenças renais na Odontologia e atenção especial. **Revista de Odontologia da Braz Cubas**, v. 11, n.1, 2021.
20. Farias *et al.* Consentimento e esclarecimento: dever e direito à informação em odontologia. **Revista Bioética**, v. 32, 2024.

¹ Doutora em Ciências da Saúde- Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1986-9438>

² Doutoranda em Odontologia UFVJM- Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

UNIMONTES. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4967-6696>

³ Acadêmica de Odontologia – acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES. E-mail [acesse](#)

[o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-7244-9267>

⁴ Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o](#)

[e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3143-1792>

⁵ Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o](#)

[e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3421-3549>

⁶ Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o](#)

[e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1361-8624>

⁷ Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros

UNIMONTES. E-mail [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1496-0294>