



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 266/2020

Vitória, 07 de fevereiro de 2020

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial da Fazenda Pública da comarca de Vila Velha- ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dra. Ilaceia Novaes, sobre o procedimento: **extração dentária em ambiente hospitalar.**

## **I -RELATÓRIO**

1. De acordo com a Inicial, o Requerente de 68 anos, portador de fibrilação atrial de alto risco cardioembólico em uso de anticoagulante oral, possui indicação para exodontias em ambiente hospitalar por “alto risco de sangramento”. Pelo exposto, recorre à via judicial.
2. Às fls. 6 consta guia de referência, em papel timbrado da prefeitura municipal de Vila Velha, datado em 01/01/2019, emitido pelo cirurgião dentista, Dr. Onaldo Gomes Simões, com encaminhamento para cirurgia oral em ambiente hospitalar com a seguinte descrição: Paciente com muitas perdas dentárias, necessitando de mais algumas exodontias (elementos 11,21,16,26). Conforme recomendação médica, paciente necessita ser atendido em ambiente hospitalar. Portador de fibrilação atrial e risco aumentado para fenômenos tromboembólicos.
3. Às fls. 7 consta laudo para o dentista, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, datado em 30/08/2019, emitido pela Cardiologista Dra. Carina Laranja Barreto com as seguintes informações: Paciente portador de doença arterial coronariana e fibrilação atrial. Para o procedimento dentário poderá suspender o AAS



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- 5 dias antes da cirurgia e retornar no dia posterior. Com relação a varfarina, caso haja extração de até 3 dentes, não há necessidade de suspensão da medicação, desde que o INR encontre-se entre 2 e 3. Sugiro realização do exame de TAP/INR em 2 dias antes do procedimento dentário, caso o INR esteja entre 2 e 3, poderá submeter-se a cirurgia, caso esteja acima de 3, deverá retornar para controle do INR e reprogramar a cirurgia odontológica.
4. Às fls. 8 consta solicitação de extração dentária em ambiente hospitalar devido alto risco de sangramento com uso de anticoagulante, datado em 12/12/2018, em papel timbrado da Prefeitura Municipal de Vila Velha, emitido pela médica Dr. Penha Calazans.
  5. Às fls. 9 consta laudo para o dentista, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, sem data, emitido pela Cardiologista Dra. Carina Laranja Barreto com as seguintes informações: paciente portador de fibrilação atrial com CHADSVASC de 5 e risco aumentado para fenômenos tromboembólicos como acidente vascular cerebral e por isso em uso de anticoagulante (varfarina). Necessita de suspensão da varfarina 7 dias antes da cirurgia e por isso prescrevo ponte com heparina para substituir a varfarina 7 dias antes do procedimento e 3 dias após o procedimento. Deverá suspender a dose de heparina na noite anterior do procedimento dentário. Solicito enoxaparina e após conseguir a medicação, favor agendar o procedimento para novas orientações.
  6. Às fls. 10 consta laudo de radiografia panorâmica, datado em 11/01/2019, com o seguinte laudo: Elemento(s) presente(s): 35 ao 43,16,13,11,21,23,26,27; Aparência radiográfica de desgaste em superfície incisal na região ântero-inferior.; Destruição coronária: 11,21; Presença de cálculos dentários generalizados; Restauração radiopaca: 26,27; Restauração plástica radiopaca em dente anterior: 23; Imagem radiolúcida sugestiva de lesão de cárie no(s) dente(s): 26(D), 21(M), 34(D); Sugerimos radiografias interproximais para melhor avaliação e visualização das superfícies proximais dos dentes posteriores; Aparência radiográfica de alteração do trabeculado ósseo na região



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

do 37; Aumento do espaço do ligamento periodontal no(s) dente(s) 16,11,21,26; Reabsorção óssea alveolar angular (defeito ósseo) na região do(s) dente(s): 26; Reabsorção óssea alveolar horizontal severa em ambas as arcadas; Aparência radiográfica de contornos regulares das cabeças da mandíbula; Aparência radiográfica de espessamento da mucosa dos seios maxilares; Demais estruturas ósseas de maxila e mandíbula no limite de normalidade.

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

#### 1. DA LEGISLAÇÃO

2. A **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
3. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

*“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.*

*Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:*

*I - de atenção primária;*

*II - de atenção de urgência e emergência;*

*III - de atenção psicossocial; e*

*IV - especiais de acesso aberto.*



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

4. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina define urgência e emergência:**

“Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.”

## **DA PATOLOGIA**

1. **A Fibrilação Atrial (FA)** é uma arritmia sustentada mais frequente na prática clínica, e ocorre por alterações eletrofisiológicas que alteram o tecido atrial e promove a propagação/ formação de impulso elétrico. Entre os fatores de risco destacam-se a hipertensão arterial, diabetes, doença valvar, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. Existe clara associação entre fibrilação atrial e acidente vascular encefálico – isquêmico ou hemorrágico e também com mortalidade.
2. A FA pode ser classificada em paroxística quando é revertida espontaneamente ou com intervenção médica em 7 de seu início; persistente quando duração superior a 7 dias e permanente quanto tentativas para reversão ao ritmo sinusal não serão instituídas. A



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

FA é a principal fonte emboligênica de origem cardíaca, responsável por cerca de 45% dos casos quando comparada com outras cardiopatias, como infarto do miocárdio, aneurismas ventriculares e doenças valvares.

3. As causas da formação de trombos são multifatoriais e estão relacionadas com a tríade de Virchow, que é definida pela presença de: estase sanguínea atrial, lesão endotelial e aumento da trombogenicidade sanguínea, típicos dessa arritmia. A lentificação do fluxo na região do Apêndice Atrial Esquerdo (AAE) favorece a estase sanguínea e a formação de coágulos de fibrina, que se acumulam e geram o trombo. Tais estruturas se deslocam daquela pequena cavidade, migram para o território atrial e se desprendem para a circulação sistêmica, que em 80% dos casos acomete o cérebro, ocasionado o acidente vascular encefálico (AVC).
4. Além da estase, também é observado no átrio esquerdo um aumento da agregação plaquetária, elevação dos níveis plasmáticos do fator de Von Willebrand, de fragmentos de protrombina e do fibrinogênio plasmático, dentre outros, que geram maior trombogenicidade sanguínea, independentemente de qualquer outro fator. Desta forma, as três condições estabelecidas por Virchow estão presentes em paciente com FA.
5. Cabe ressaltar que nem todos os pacientes com FA evoluem com tromboembolismo sistêmico, o que pode significar que a presença de outros fatores presentes nessa condição podem favorecer a formação trombótica e sua identificação pode nortear a indicação de terapia com anticoagulantes para os pacientes acometidos.
6. A literatura aponta fatores de risco comuns aos pacientes com FA associada ao tromboembolismo sistêmico que são: idade (acima de 75 anos), história prévia de doença vascular (doença arterial periférica, infarto agudo do miocárdio ou AVC prévio), presença de insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão arterial e sexo feminino. Desta forma foi estabelecido um escore de risco, denominado CHADS-VASC, para avaliação de risco para fenômeno tromboembólico em pacientes com FA. Tais fatores recebem determinada pontuação e quanto maior a presença de fatores de



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- risco, maior a somatória e conseqüentemente maior risco de fenômenos tromboembólicos.
7. Por outro lado, também se observa em pacientes com FA um risco maior de hemorragia quando tratados com anticoagulante orais. Entre os fatores de risco que elevam a chance de sangramentos destacam-se: história de sangramento, disfunção hepática ou renal, hipertensão arterial não controlada (níveis pressóricos acima de 160 mmHg), labilidade da taxa de Razão Normalizada Internacional (RNI), idade > 65 anos e uso de fármacos anti-inflamatórios ou consumo de álcool. Assim na decisão terapêutica deve-se avaliar não somente o risco de evento tromboembólicos como também o risco de sangramento.
  8. O escore de risco para hemorragia mais empregado na prática médica é o HAS-BLED, cuja pontuação > 3 indica maior risco de hemorragia pelo anticoagulante. Deve-se destacar, contudo, que esse escore não contraindica o uso de anticoagulante, mas orienta quanto a necessidade de cuidados especiais a serem tomados a fim de tornar o tratamento mais seguro.
  9. A maioria dos procedimentos odontológicos são considerados de baixo risco de sangramento. A recomendação da 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia é de que a varfarina não seja descontinuada na maioria dos pacientes submetidos a procedimentos odontológicos, incluindo extrações dentárias.
  10. Estudos demonstram segurança na realização de procedimentos dentários em pacientes anticoagulados com Razão Normalizada Internacional (RNI) < 4,0 com a utilização de medidas locais para redução do sangramento. Nos procedimentos de maior extensão como, por exemplo, extração de mais de três dentes, devem ter avaliação individualizada, de acordo com o risco trombótico de cada paciente, para definição de suspensão de terapia e possível terapia de ponte.
  11. De forma simplificada destacam-se as seguintes recomendações/alternativas:



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

1. Em pacientes com Alto Risco para Tromboembolismo:
  1. Deve-se interromper a varfarina 5 dias antes da cirurgia e aguardar Razão Normalizada Internacional  $< 1,5$  (Nível de Evidência I C).
  2. A terapia de ponte com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular em dose plena quando Razão Normalizada Internacional  $< 2$  pode ser uma alternativa com suspensão de heparina não fracionada 4 a 6 horas antes do procedimento e a heparina de baixo peso molecular 24 horas antes (Nível de Evidência IIa C)
12. Quanto aos antiagregantes, evidências apontam segurança da realização de procedimentos odontológicos em geral na vigência do uso de monoterapia com AAS ou clopidogrel. Apesar do aumento do risco de sangramento, se eles ocorrerem, são facilmente controlados por medidas hemostáticas locais. Desta forma, pacientes em prevenção secundária de eventos cardiovasculares em uso de monoterapia com AAS ou clopidogrel devem manter o uso no perioperatório destes procedimentos.

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento da FA contempla a indicação de anticoagulação a fim de prevenir eventos tromboembólicos com indicação medicamentosa de anticoagulantes orais, baseado em escalas que avaliam o risco de eventos trombóticos e de sangramento.
2. Os anticoagulantes orais disponíveis na atualidade são: a varfarina e os novos anticoagulantes (dabigatrana, rivaroxabana, edoxabana e apixabana). Para manutenção de dose anticoagulante de varfarina é necessário dosagem regular de INR com alvo terapêutico de 2-3, tal conduta não se aplica ao uso dos novos anticoagulantes.
3. Em contexto de internação hospitalar ou em situações que necessitem de meio vida curta de tais medicações para procedimento cirúrgico por exemplo, emprega-se o uso



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

de heparinas, que podem ser de baixo peso molecular ou não fracionadas.

4. O controle da frequência cardíaca com terapia medicamentosa pode ser necessário para evitar sintomas e deterioração da função cardíaca decorrente de exposição a altas frequências.
5. A reversão para o ritmo sinusal pode ser indicada de forma individualizada, o que engloba decisão médica e vontade do paciente. Nesse contexto destacam-se a reversão química (medicamentosa), ablação por cateter, cardioversão elétrica eletiva e em caráter emergencial em casos que arritmia aguda ocasione instabilidade hemodinâmica.

## DO PLEITO

1. **Extração dentária em ambiente hospitalar.**

## III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de Requerente de 68 anos, portador de fibrilação atrial de alto risco cardioembólico (CHADS-VASC 5) em uso de anticoagulante oral, com indicação para exodontias. Neste contexto foi solicitado realização de tais procedimentos em ambiente hospitalar.
2. Parecer Técnico prejudicado pela ausência de informações médicas detalhadas interpretáveis sobre quadro clínico atual do paciente e exames complementares.
3. Em conclusão, este NAT entende que, **considerando as recomendações da 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia, onde não há recomendação estabelecida para internação hospitalar para procedimento odontológico em paciente portador de fibrilação atrial em uso de anticoagulantes; considerando que o paciente em tela já possui orientação para manejo de anticoagulante**





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

**fornecido pela cardiologista assistente para procedimento ambulatorial; considerando indicação médica de realização de procedimento odontológico em ambiente hospitalar realizada previamente à avaliação da cardiologista, este Núcleo não encontra fundamentações clínicas junto aos autos para a indicação de realização do procedimento proposto em ambiente hospitalar.**

4. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.



## **REFERÊNCIA**

Zimmerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, e cols. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras. Cardiol. 2009;92(6 supl.1):1-39.

Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyishi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol 2016; 106(4Supl.2):1-22

Gualandro DM, Yu PC, Caramelli B, Marques AC, Calderaro D, Luciana S. Fornari LS et al. 3ª Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2017; 109(3Supl.1):1-104