

UNIVERSIDADE PAULISTA

BRENDA SANTOS CARVALHO

**ENTENDENDO OS EXAMES COMPLEMENTARES NAS DIVERSAS
MORBIDADES DE INTERESSE AO CIRURGIÃO-DENTISTA**

SANTANA DE PARNAÍBA - SP

2025

BRENDA SANTOS CARVALHO

ENTENDENDO OS EXAMES COMPLEMENTARES NAS DIVERSAS
MORBIDADES DE INTERESSE AO CIRURGIÃO-DENTISTA

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Paulista – UNIP, como requisito para obtenção do título de cirurgião dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Rosemary Baptista Martins Teixeira.

SANTANA DE PARNAÍBA - SP

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Carvalho, Brenda Santos

Entendendo os exames complementares nas diversas morbidades de interesse ao cirurgião-dentista / Brenda Santos Carvalho. - 2025.

46 f. : il. color + Quadros.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, Santana de Parnaíba, 2025.

Área de Concentração: Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosemary Baptista Martins Teixeira.

1. Clínica odontológica . 2. Exames complementares . 3. Atendimento odontológico . I. Teixeira, Rosemary Baptista Martins (orientadora). II. Título.

BRENDA SANTOS CARVALHO

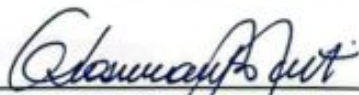
ENTENDENDO OS EXAMES COMPLEMENTARES NAS DIVERSAS
MORBIDADES DE INTERESSE AO CIRURGIÃO-DENTISTA

Trabalho de conclusão de curso para
obtenção do título de graduação em
odontologia apresentado à Universidade
Paulista – UNIP.

Aprovado(a) em: 04 / 12 / 2025

Nota: Dez /

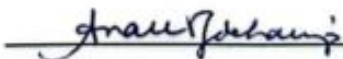
BANCA EXAMINADORA



Prof. ou Profa. Dr(a). Me(a). Rosângela B. N. Teixeira
Universidade Paulista - UNIP



Prof. ou Profa. Dr(a). / Me(a). Ricardo Matsura Kodama
Universidade Paulista - UNIP



Prof. ou Profa. Dr(a). / Me(a). Ana Maria P. G. de Araújo
Universidade Paulista - UNIP

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força, sabedoria e perseverança para seguir firme nesta jornada, mesmo diante da distância da minha família. Sua presença foi essencial em cada etapa dessa caminhada.

À minha mãe, Edivania, por todo amor, apoio e incentivo. Obrigada por acreditar em mim, por viver os meus sonhos e por ser meu maior exemplo de dedicação. Eu te amo incondicionalmente, e essa conquista é nossa.

Às minhas amigas de faculdade, Mariana, Giovanna, Louise e Isabella, sou imensamente grata por terem tornado esses quatro anos mais leves e divertidos. Cada momento ao lado de vocês tornou essa trajetória inesquecível.

A todos os professores que contribuíram para minha formação, transmitindo não apenas conhecimento, mas também amor pela profissão que escolhemos.

RESUMO

A clínica odontológica é um espaço voltado para o cuidado integral do paciente, englobando ações que vão além da simples resolução de problemas bucais. Dentro desse contexto, o cirurgião-dentista assume um papel fundamental ao considerar o paciente como um todo, e não apenas de forma localizada. O profissional da odontologia tem respaldo legal para solicitar exames complementares, o que permite uma avaliação mais precisa das condições sistêmicas do paciente. Esses exames se tornam ferramentas indispensáveis no processo diagnóstico e na definição do plano de tratamento, especialmente em situações em que há necessidade de procedimentos invasivos ou cirúrgicos. Este trabalho tem como objetivo compreender como os resultados influenciam no planejamento do atendimento, adotar um manejo adequado e, quando necessário, diagnosticar precocemente agravos e realizar o encaminhamento médico são aspectos essenciais para garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente. Assim, o conhecimento sobre as indicações e interpretações desses exames é essencial para a prática clínica responsável e segura. A solicitação de exames deve ser embasada em uma anamnese bem conduzida e em um exame físico minucioso, com o objetivo de identificar possíveis comorbidades que possam influenciar direta ou indiretamente na saúde bucal e na resposta ao tratamento odontológico. Isso contribui para um atendimento individualizado, que considera as particularidades de cada paciente. Na prática clínica diária, é comum a requisição de exames como hemograma completo, coagulograma, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, testes bioquímicos e sorológicos, além de testes rápidos. Tais exames são especialmente relevantes no período pré-operatório, pois ajudam a identificar riscos que podem comprometer a segurança do procedimento, possibilitando ajustes no planejamento e garantindo melhores desfechos clínicos.

Palavras-chave: Clínica odontológica; Exames complementares; Atendimento odontológico.

ABSTRACT

The dental clinic is a space dedicated to comprehensive patient care, encompassing actions that go beyond merely addressing oral problems. Within this context, the dentist plays a key role by considering the patient as a whole, rather than in a localized manner. The dental professional is legally authorized to request complementary tests, which allows for a more accurate assessment of the patient's systemic conditions. These exams become essential tools in the diagnostic process and in formulating the treatment plan, especially in situations requiring invasive or surgical procedures. This study aims to understand how test results influence care planning, ensure appropriate clinical management, and, when necessary, enable early diagnosis of complications and proper medical referral. These aspects are crucial to ensuring patient safety and the quality of care provided. Therefore, knowledge of the indications and interpretations of such tests is essential for responsible and safe clinical practice. The request for complementary exams must be based on a well-conducted medical history and thorough physical examination, aiming to identify possible comorbidities that may directly or indirectly affect oral health and treatment response. This contributes to individualized care that considers each patient's particularities. In daily clinical practice, it is common to request exams such as complete blood count, coagulation profile, fasting blood glucose, glycated hemoglobin, biochemical and serological tests, as well as rapid tests. These exams are particularly relevant in the preoperative period, as they help identify risks that may compromise the safety of the procedure, allowing for necessary adjustments in planning and ensuring better clinical outcomes.

Keywords: Dental clinic; Complementary exams; Dental care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais valores referenciais do hemograma na prática odontológica.....	16
Quadro 2 – Critérios para o diagnóstico de DM.....	30
Quadro 3 - Principais valores referenciais do coagulograma na prática odontológica.....	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVO.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	Hemograma.....	13
3.1.1	Eritrograma.....	13
3.1.2	Série plaquetária.....	14
3.1.3	Leucograma.....	15
3.2	Alterações do hemograma completo e principais fatores de risco.....	16
3.2.1	Anemia.....	16
3.2.2	Policitemia.....	18
3.2.3	Leucemia.....	18
3.2.4	HIV.....	19
3.2.4.1	<i>Diagnóstico do HIV.....</i>	<i>19</i>
3.2.4.2	<i>Manifestações bucais nos portadores de HIV.....</i>	<i>20</i>
3.2.5	Hepatites.....	23
3.2.5.1	<i>Hepatite A.....</i>	<i>23</i>
3.2.5.2	<i>Hepatite B.....</i>	<i>23</i>
3.2.5.3	<i>Hepatite C.....</i>	<i>25</i>
3.3	Coagulograma.....	25
3.3.1	Tempo de sangramento - TS.....	26
3.3.2	Tempo de coagulação - TC.....	26
3.3.3	Tempo de protrombina - TP.....	27

3.3.4	Tempo de tromboplastina parcial ativada - TTPa.....	26
3.3.5	Índice de Normalização Internacional - INR.....	26
3.3.6	Conduta para o atendimento aos pacientes anticoagulados.....	27
3.4	Diabetes Mellitus.....	27
3.4.1	Definição – tipo 1 e tipo 2.....	27
3.4.2	Sinais e sintomas.....	28
3.4.3	Exames laboratoriais e tratamento.....	28
3.4.4	Conduta para atendimento odontológico.....	30
4	DISCUSSÃO.....	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A clínica odontológica compõe um espaço atribuído ao cuidado integral do paciente, restabelecendo o sistema estomatognático quando é acometido por agravos. Além disso, inclui condutas de prevenção, promoção de saúde e intervenção terapêutica (BÖNECKER; SHEIHAM, 2004).

Segundo a Portaria nº 397, de 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego, que define a Classificação Brasileira de Ocupações, é atribuição do Cirurgião-Dentista requisitar exames complementares, como exames laboratoriais e avaliação de risco cirúrgico (BRASIL, 2007).

É fundamental que o cirurgião-dentista busque conhecimentos sobre a temática para que possa atender com responsabilidade às necessidades de seus pacientes, avaliando as condições sistêmicas encontradas, individualizando o atendimento de acordo com as necessidades individuais e permitindo o cuidado integral. Assim, o compartilhamento do conhecimento, visando melhorar a qualidade do atendimento odontológico aos pacientes e consequentemente a qualidade de vida dos mesmos, se torna fundamental (GALLOTTINI et al., 2018).

Os exames pré-operatórios têm função coadjuvante no diagnóstico ou identificação das disfunções e doenças, auxiliando na melhor escolha do plano de tratamento (DUNCAN; PRASSE; MAHAFFEY, 1994). Esses exames são solicitados com base em uma anamnese detalhada e exame físico, visando identificar comorbidades que possam interferir na saúde bucal e no planejamento terapêutico.

Na rotina clínica do cirurgião-dentista, buscando estabelecer uma saúde integral, é plausível a solicitação de exames complementares como o hemograma completo, coagulograma completo, hemoglobina glicada, glicemia em jejum, testes sorológicos, bioquímicos e até mesmo testes rápidos. Em situações pré-operatórias, essa solicitação torna-se fundamental para avaliação de risco cirúrgico e possíveis interferências, auxiliando na melhor escolha do plano de tratamento. Além disso, compreender o significado de cada alteração laboratorial é fundamental para antecipar intercorrências durante procedimentos cirúrgicos ou invasivos e para determinar as medidas preventivas que devem ser adotadas antes da operação (TORRES et al., 2011).

Nesse contexto, torna-se evidente a importância da atuação do cirurgião-dentista como integrante de uma equipe multidisciplinar, capaz de reconhecer os

limites de sua prática e, quando necessário, estabelecer comunicação com outros profissionais da área da saúde. A interpretação correta dos exames laboratoriais exige não apenas conhecimento técnico, mas também discernimento clínico para correlacionar os dados obtidos com o estado sistêmico do paciente. Situações como alterações hepáticas, distúrbios hematológicos, diabetes mellitus descompensado, cardiopatias ou infecções sistêmicas impactam diretamente nas condutas odontológicas e exigem modificações no planejamento terapêutico, desde a escolha de materiais e técnicas até a prescrição medicamentosa. Dessa forma, o conhecimento sobre exames complementares não se limita à sua solicitação, mas se estende à sua análise crítica e à tomada de decisões clínicas embasadas, promovendo segurança e efetividade nos procedimentos odontológicos (PIRES; CARVALHO, 2018).

2 OBJETIVO

Este trabalho destaca a importância dos exames complementares para um atendimento odontológico mais eficaz. Diante das diversas morbidades comumente encontradas na prática clínica, é fundamental que o cirurgião-dentista esteja capacitado para interpretar corretamente essas alterações. Compreender como os resultados influenciam no planejamento do atendimento, adotar um manejo adequado e, quando necessário, diagnosticar precocemente agravos e realizar o encaminhamento médico são aspectos essenciais para garantir a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Hemograma

O hemograma é um exame essencial na análise de diversas condições clínicas, pois oferece uma ampla gama de informações. Ele é dividido em três partes principais: o eritrograma, responsável por avaliar a quantidade de hemácias (glóbulos vermelhos); a série plaquetária; e o leucograma, que analisa os leucócitos (glóbulos brancos). A solicitação desse exame é indicada em situações como: procedimentos odontológicos de maior complexidade; suspeitas de alterações como anemia ou policitemia; presença de enfermidades crônicas, incluindo doenças renais, hepáticas, lúpus eritematoso sistêmico, AIDS, neoplasias, alcoolismo, distúrbios hemorrágicos do trato digestivo; histórico recente de radio ou quimioterapia; uso contínuo de anticoagulantes; sinais de infecção; pacientes idosos (acima de 60 anos); crianças com palidez, apatia, alimentação inadequada ou baixo peso em relação à idade (TORRES, et al., 2011; BECKER, 2001; FERNANDES et al., 2010; CRIVELLO JUNIOR, 2005).

3.1.1 Eritrograma

O eritrograma é responsável por analisar possíveis alterações nos glóbulos vermelhos, incluindo a hemoglobina, o hematócrito, os índices globulares e a morfologia das hemácias. Ele compreende as seguintes análises: contagem de eritrócitos (CE), dosagem de hemoglobina (Hb), hematócrito (Ht), volume corpuscular médio (VCM), hemoglobina corpuscular média (HCM) e a concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM). Esses dados são fundamentais para a identificação de quadros como anemias e policitemias (PEIXOTO, 2012; BOTELHO et al., 2009).

A contagem de eritrócitos (E) tem como objetivo quantificar o número dessas células em um microlitro (ou milímetro cúbico) de sangue total. Os eritrócitos, também chamados de glóbulos vermelhos, são células sem núcleo, com formato bicôncavo e alta flexibilidade. Sua principal função é transportar o oxigênio (O_2) dos pulmões até os tecidos do corpo e remover o dióxido de carbono (CO_2) dos tecidos, conduzindo-o de volta aos pulmões para ser eliminado (AMARAL et al., 2014).

A dosagem de hemoglobina (Hgb) é considerada o parâmetro mais confiável

do hemograma para identificar a presença de anemia. A hemoglobina é uma proteína localizada dentro dos glóbulos vermelhos, responsável por se ligar ao ferro — elemento essencial para o transporte de oxigênio no sistema circulatório. A anemia se caracteriza pela redução da capacidade do sangue de transportar oxigênio de forma adequada (AMARAL et al., 2014).

O hematócrito (Hct) indica a porcentagem do volume sanguíneo ocupada pelos glóbulos vermelhos. Ele expressa a relação entre os componentes celulares e a parte líquida do sangue. Em situações de anemia, esse índice tende a diminuir devido à redução na quantidade de eritrócitos circulantes (AMARAL et al., 2014).

O volume corpuscular médio (VCM) é utilizado para determinar o tamanho médio das hemácias. Quando o VCM está aumentado, isso significa que as células são maiores do que o normal, sendo chamadas de macrocíticas. Já um VCM diminuído indica hemácias menores, conhecidas como microcíticas. Essa análise auxilia na diferenciação entre os diversos tipos de anemia (AMARAL et al., 2014).

A Hemoglobina Corpuscular Média (HCM) mede a quantidade absoluta de hemoglobina presente em cada hemácia, enquanto a Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM) avalia a concentração de hemoglobina no interior das hemácias. Ambos os parâmetros fornecem informações sobre a coloração das células, sendo que hemácias com pouca hemoglobina são classificadas como hipocrômicas, e aquelas com excesso, como hiperocrômicas (AMARAL et al., 2014).

3.1.2 Série plaquetária

A avaliação plaquetária permite estimar a quantidade de plaquetas no sangue e analisar suas características morfológicas. Quando o número de plaquetas está abaixo do valor normal (trombocitopenia), o risco de sangramentos durante e após procedimentos cirúrgicos aumenta. Já a elevação acentuada na contagem plaquetária (trombocitose) pode contribuir para a formação de coágulos e aumentar a chance de trombose (AMARAL et al., 2014).

A contagem de plaquetas é indicada especialmente antes de intervenções cirúrgicas ou em situações com risco de sangramento, além de ser útil quando há suspeita de distúrbios relacionados à coagulação sanguínea (BORDINI, 2005).

3.1.3 Leucograma

O leucograma é um exame que avalia os leucócitos, também chamados de glóbulos brancos, tanto em quantidade quanto em qualidade, sendo essas células essenciais no sistema imunológico do organismo. Um aumento na contagem total de leucócitos é denominado leucocitose e costuma estar associado à presença de infecções. Já a redução no número dessas células caracteriza a leucopenia, que pode indicar, entre outras causas, comprometimento da função da medula óssea. Essa análise é feita por meio de parâmetros como: contagem total de leucócitos, contagem diferencial (CDL), além da verificação dos tipos específicos de leucócitos — neutrófilos (bastonetes e segmentados), eosinófilos, basófilos, linfócitos e monócitos (AMARAL et al., 2014; PEIXOTO, 2012)

A leucocitose pode ocorrer em três principais situações. A leucocitose fisiológica é geralmente de grau leve e é comum em gestantes, recém-nascidos, lactantes, após a prática de exercícios físicos intensos ou em pessoas com febre. Já a leucocitose reativa, associada ao aumento de neutrófilos, está frequentemente relacionada a infecções bacterianas, inflamações, necrose tecidual ou doenças metabólicas. Por fim, a leucocitose patológica é observada em doenças mieloproliferativas, como leucemias mieloides, policitemia vera e mieloesclerose, além de distúrbios linfoproliferativos, incluindo leucemias linfoides e alguns tipos de linfomas (PEIXOTO, 2012)

A leucopenia, que se caracteriza pela diminuição do número de leucócitos, muitas vezes ocorre devido à redução dos neutrófilos. Isso pode ser causado por fatores fisiológicos, uso de medicamentos, exposição a poluentes, processos reativos ou disfunções no sistema imunológico (PEIXOTO, 2012).

O aumento no número de eosinófilos é frequentemente observado em pessoas com alergias, asma ou infecções parasitárias intestinais. Quando esse aumento é significativo, é denominado eosinofilia, enquanto a redução dos eosinófilos é chamada de eosinopenia (AMARAL et al., 2014).

Os basófilos, por serem os leucócitos menos comuns no sangue, geralmente apresentam elevação em resposta a processos alérgicos ou estados de inflamação crônica (AMARAL et al., 2014).

Os linfócitos são fundamentais na defesa contra infecções virais e no combate ao desenvolvimento de tumores. O aumento no número de linfócitos é denominado linfocitose, enquanto sua diminuição é chamada linfopenia (AMARAL et al., 2014).

Por fim, os monócitos desempenham um papel importante tanto em infecções virais quanto bacterianas. Quando há uma infecção, os monócitos são direcionados pelo sistema imunológico ao local afetado, onde se ativam e se transformam em macrófagos, células especializadas na fagocitose de micro-organismos invasores (AMARAL et al., 2014).

Quadro 1 - Principais valores referenciais do hemograma na prática odontológica

Faixa Etária	Exames – Valores Referenciais
Crianças	Hemácias: 4.000.000 a 5.200.000/mm ³ Hemoglobina: 11,5 a 15,5 g/dL Hematócrito: 35,0 a 45,0 % Plaquetas: 150.000 a 450.000/mm ³ Contagem total de leucócitos: 5.000 a 13.000/mm ³ Neutrófilos: 1.800 a 8.000/ml; 45 a 75 %.
Adultos (feminino)	Hemácias: 3.800.000 a 5.200.000/mm ³ Hemoglobina: 12,0 a 16,0 g/dL Hematócrito: 35,0 a 47,0 % Plaquetas: 150.000 a 450.000/mm ³ Contagem total de leucócitos: 4.000 a 11.000/mm ³ Neutrófilos: 1.800 a 7.500/ml; 45 a 75 %.
Adultos (masculino)	Hemácias: 4.400.000 a 5.900.000/mm ³ Hemoglobina: 13,0 a 18,0 g/dL Hematócrito: 40,0 a 52,0 % Plaquetas: 150.000 a 450.000/mm ³ Contagem total de leucócitos: 4.500 a 11.000/mm ³ Neutrófilos: 1.800 a 7.500/ml; 45 a 75 %.

Fonte: Adaptado de AMARAL, Cristhiane Olívia Ferreira do et al. Bases para interpretação de exames laboratoriais na prática odontológica. Journal of Health Sciences, v.16, n. 3, p. 229-237, 2014. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsskroton.com.br/article/view/459>

3.2 Alterações do hemograma e principais fatores de risco

3.2.1 Anemia

A presença de valores reduzidos de hemoglobina no eritrograma, abaixo dos limites esperados para a idade e o sexo do paciente, indica um quadro de anemia. Esta condição clínica é definida pela diminuição na contagem de glóbulos vermelhos (eritrócitos), na concentração de hemoglobina (Hb) e na porcentagem de hematócrito (Hct). Como consequência fisiológica, há uma redução na capacidade do sangue de transportar oxigênio — função principal da hemoglobina. É fundamental que o cirurgião-dentista esteja atento à possibilidade de a anemia estar associada a doenças crônicas, como ocorre com frequência em pacientes com comprometimentos renais, hepáticos, ou portadores de lúpus eritematoso sistêmico, entre outras condições clínicas (BORDINI, 2005; AMARAL et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2011).

A presença de anemia pode elevar os riscos durante procedimentos cirúrgicos odontológicos, favorecendo infecções locais, retardando o processo de cicatrização e contribuindo para um aumento do sangramento. A deficiência de ferro, comum em casos de anemia, compromete a resposta imunológica do organismo, o que torna mais frequente o surgimento de infecções no período pós-operatório. Dessa forma, o atendimento odontológico deve ser preferencialmente realizado quando a doença estiver em sua fase crônica e estável, sem sinais de agravamento. Durante crises agudas, os tratamentos devem ser restritos a intervenções emergenciais ou paliativas, com o objetivo principal de aliviar a dor (AMARAL et al., 2014; DANTAS; SANCHEZ, 2016).

O atendimento odontológico em pacientes com condições hematológicas deve começar com a promoção da saúde bucal, visando reduzir o risco de infecções. Antes de qualquer procedimento cirúrgico, é fundamental solicitar um hemograma, que auxiliará na escolha do momento mais apropriado para a intervenção. Intervenções invasivas devem ser realizadas com o uso prévio de antibióticos profiláticos e com cuidados para reduzir o estresse do paciente, prevenindo complicações como infecções, crises vasclusivas e osteomielite nos ossos da face. Deve-se evitar anestésicos contendo prilocaína, pois podem induzir à formação de metemoglobina, comprometendo o transporte de oxigênio. Também não se recomenda o uso de dipirona, devido ao risco de depressão da medula óssea. Além disso, é importante proteger a mucosa oral contra lesões, pois essas podem evoluir para úlceras de difícil cicatrização, comuns nesses pacientes (DANTAS; SANCHEZ, 2016; AMARAL et al., 2014).

3.2.2 Policitemia

Na policitemia, as principais complicações estão associadas a dois mecanismos: a ocorrência de trombooses devido ao aumento da viscosidade sanguínea, que pode resultar em pacientes com danos orgânicos, como o acidente vascular encefálico (AVE), e episódios hemorrágicos graves, que podem, inclusive, ser fatais (AMARAL et al., 2014).

3.2.3 Leucemia

No leucograma, avaliar se a leucocitose é reativa, com aumento dos neutrófilos por processos infecciosos bacterianos, ou se a leucocitose é patológica, por leucemias (PEIXOTO, 2012).

Na leucemia, há uma proliferação anormal e descontrolada dos leucócitos, que passam a não exercer adequadamente suas funções, o que pode resultar em complicações graves e, muitas vezes, levar à morte. Conforme apontado por estudos, o cirurgião-dentista desempenha um papel essencial na detecção precoce da doença e na promoção da saúde bucal desses pacientes (ARAÚJO SILVA et al., 2021). Na cavidade oral, são encontrados principalmente a mucosite, além de outras manifestações como xerostomia, infecções fúngicas, bacterianas e virais, alterações no paladar e ligamento periodontal, hemorragias gengivais, distúrbios na formação dos germes dentários, trismo muscular, cárie de radiação e osteorradionecrose (KROETZ; CZLUANIAK, 2003). As infecções virais mais comuns são lesões herpéticas pelo herpes simples e herpes zoster, tanto na mucosa intrabucal ou peribucal, acompanhadas de linfadenopatia e febre, enquanto que as infecções fúngicas são causadas pela *Candida albicans* (HESPANHOL et al., 2010).

Segundo Araújo Silvia et al. (2021), o cirurgião-dentista desempenha um papel crucial na identificação precoce de doenças onco-hematológicas, como as leucemias, uma vez que os primeiros sinais dessas enfermidades frequentemente se manifestam na cavidade bucal. Pacientes, ao notarem tais alterações, tendem a procurar atendimento odontológico, acreditando tratar-se de problemas locais, o que destaca a importância do dentista na detecção inicial dessas condições sistêmicas.

3.2.4 HIV

A redução significativa no número de neutrófilos, característica da neutropenia, compromete a capacidade do organismo de combater infecções, tornando os pacientes mais suscetíveis a complicações, especialmente no período pós-operatório. Diante disso, é prudente adiar procedimentos cirúrgicos eletivos quando os níveis de neutrófilos estiverem consideravelmente abaixo do normal. Em casos em que os valores estão próximos dos limites inferiores da normalidade, a implementação de profilaxia antibiótica torna-se uma medida preventiva essencial para minimizar o risco de infecções (AMARAL et al., 2014).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não consegue se replicar de maneira independente, pois age como um parasita, invadindo células do sistema imunológico humano e utilizando seus recursos energéticos. As primeiras manifestações da infecção frequentemente surgem na cavidade bucal (FELIPE et al., 2016).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pertence à família dos retrovírus. Ela é caracterizada por uma queda na imunidade, resultado principalmente da infecção e destruição dos linfócitos T-CD4, células responsáveis pelo controle da resposta imune do corpo (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

3.2.4.1 Diagnóstico do HIV

Os métodos empregados para identificar a infecção pelo HIV concentram-se na identificação de anticorpos específicos contra o vírus. Esses anticorpos geralmente tornam-se detectáveis no sangue entre três e doze semanas após a exposição ao vírus (CORRÊA; ANDRADE, 2005). Os principais exames utilizados para confirmar o diagnóstico da infecção:

ELISA (Ensaio Imunoenzimático): costuma ser o teste inicial realizado na triagem da infecção pelo HIV. É amplamente empregado devido à sua alta sensibilidade, baixo custo e simplicidade na aplicação (BRASIL, 2000).

Western Blot: reconhecido como padrão-ouro para a confirmação de resultados positivos no diagnóstico de HIV. Apesar de sua aplicação ser relativamente simples, trata-se de um exame com custo elevado (BRASIL, 2000).

Testes rápidos: caracterizam-se pela facilidade de execução e leitura, normalmente não exigem o uso de equipamentos laboratoriais e fornecem resultados em menos de 30 minutos. São especialmente indicados em situações que demandam diagnóstico ágil, como em acidentes com exposição ao sangue, para avaliar a sorologia do paciente-fonte (BRASIL, 2000; PATTON, 2003).

Alguns exames são feitos no portador do vírus HIV para monitoramento da evolução da doença e da resposta ao tratamento anti-retroviral (CORRÊA; ANDRADE, 2005). São eles:

A contagem dos linfócitos T CD4+ é um dos principais parâmetros para avaliar o grau de comprometimento do sistema imunológico em pessoas com HIV. Em indivíduos saudáveis, os valores variam normalmente entre 600 e 1600 células por milímetro cúbico de sangue. Quando esses níveis caem para a faixa entre 200 e 500 células/mm³, surgem os primeiros sinais de comprometimento imunológico, como infecções oportunistas, tanto orais quanto sistêmicas. Valores inferiores a 200 células/mm³ indicam uma imunossupressão acentuada, sendo esse um critério diagnóstico de AIDS, mesmo na ausência de outros sintomas clínicos (MARCENES; PANKHURST; LEWIS, 1998; PATTON; SHUGARS, 1999; PATTON, 2003).

A quantificação do RNA viral circulante, conhecida como carga viral, representa um recurso essencial no acompanhamento clínico de indivíduos infectados (CORRÊA; ANDRADE, 2005). Conforme observado por Greenwood et al. (1998), níveis elevados de carga viral estão associados a uma progressão mais acelerada da doença. Já concentrações entre 50 e 400 cópias/mL de plasma são classificadas como carga viral baixa.

Deve-se destacar que não é função do cirurgião-dentista informar ao paciente uma possível suspeita de infecção por HIV. Seu papel é orientar sobre a presença de alterações, sejam elas bucais ou sistêmicas, que necessitam de avaliação especializada por um profissional da área de infectologia (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

3.2.4.2 Manifestações bucais nos portadores de HIV

As manifestações orais associadas à infecção pelo HIV são variadas e influenciadas por diversos fatores, como o nível de imunossupressão do indivíduo, a adesão à terapia antirretroviral, as condições de higiene bucal, entre outros. Essas

alterações podem resultar de infecções oportunistas causadas por fungos, bactérias ou vírus, além de estarem relacionadas a neoplasias e lesões cuja origem é desconhecida (MARCENES; PANKHURST; LEWIS, 1998; AGUIRRE; RIBACOBÁ; MONTEJO, 1999; BIRNBAUM et al., 2002; SOUZA et al., 2000; BRASIL, 2000). As manifestações orais mais frequentes são:

Infecções fúngicas:

A candidíase é uma das manifestações bucais mais frequentes em pessoas vivendo com HIV. Em pacientes que ainda não apresentam sintomas da infecção, sua presença pode indicar um enfraquecimento do sistema imunológico e, muitas vezes, sinaliza o início da progressão para a AIDS. Essa condição é geralmente provocada pelo fungo *Candida albicans* e pode se manifestar em diferentes formas clínicas, como a pseudomembranosa, a eritematosa ou a queilite angular. Em casos de maior imunossupressão, a infecção pode se estender para regiões como a faringe, a traqueia e o esôfago (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000, p. 200; CORRÊA; ANDRADE, 2005; PATTON, 2003).

Infecções bacterianas:

Indivíduos portadores do HIV, especialmente aqueles com contagem de linfócitos T CD4+ inferior a 300 células/mm³, tendem a desenvolver quadros mais agressivos de doenças periodontais. Essas alterações podem se manifestar como eritema gengival linear, gengivite ulcerativa necrosante ou, em casos mais avançados, como periodontite ulcerativa necrosante (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2000).

Infecções virais:

Herpes simples caracteriza-se pela formação de vesículas que se rompem e se unem, originando áreas ulceradas, dolorosas e de difícil cicatrização. Em pessoas vivendo com HIV/AIDS, é comum que essas infecções herpéticas sejam reativadas com maior frequência, resultando em lesões mais extensas e duradouras. Quando essas lesões persistem por um período superior a quatro semanas em indivíduos soropositivos, esse quadro pode ser considerado critério diagnóstico para a AIDS (CORRÊA; ANDRADE, 2005; BRASIL, 2000).

A leucoplasia pilosa é uma lesão esbranquiçada que não pode ser removida por raspagem, aparecendo com maior frequência nas laterais da língua, de forma unilateral ou bilateral. Essa condição está relacionada à infecção pelo vírus Epstein-

Barr e costuma indicar enfraquecimento do sistema imune, sendo considerada um sinal de avanço da infecção pelo HIV (BRASIL, 2000).

Neoplasias:

Pessoas com AIDS apresentam maior propensão ao desenvolvimento de determinadas neoplasias, como o Sarcoma de Kaposi e os linfomas. Esse risco aumentado de cânceres está relacionado a diversos fatores, incluindo uma imunossupressão acentuada das células T, alterações no funcionamento das células B e dos monócitos, além da presença simultânea de infecções por vírus como o papilomavírus humano, o herpesvírus humano tipo 8, o vírus Epstein-Barr, entre outros (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

Outras manifestações bucais:

Lesões ulceradas são comuns em indivíduos infectados pelo HIV ou com diagnóstico de AIDS. Essas lesões costumam ser dolorosas, de longa duração e com aspecto semelhante à de aftas. Suas causas são diversas, podendo estar relacionadas a infecções virais, bacterianas ou fúngicas, distúrbios hematológicos, efeitos colaterais de medicamentos antirretrovirais ou ainda de origem idiopática (CORRÊA; ANDRADE, 2005).

Indivíduos portadores do HIV podem apresentar redução na produção de saliva, o que favorece o desenvolvimento de cáries, doenças periodontais, inflamações da mucosa bucal e infecções oportunistas. Essa condição, conhecida como xerostomia, pode ser consequência tanto do uso de medicamentos antirretrovirais quanto da própria ação do vírus no organismo (PATTON, 2003).

Segundo Cavalcante et al. (2006), as alterações bucais podem servir como indicativos de comprometimento imunológico e avanço da infecção, sendo fundamental que essas manifestações sejam prontamente comunicadas ao profissional médico responsável pelo paciente.

O cirurgião-dentista tem um papel fundamental tanto no diagnóstico precoce dessas manifestações quanto em seu tratamento. A atuação integrada com a equipe médica contribui significativamente para a manutenção da saúde geral do paciente (FELIPE et al., 2016).

3.2.5 Hepatites

As hepatites virais são enfermidades provocadas por diversos tipos de vírus que afetam o fígado. No contexto brasileiro, os tipos mais frequentes são as hepatites A, B e C. Em muitos casos, os indivíduos infectados não apresentam sinais clínicos e desconhecem que estão contaminados, tornando-se portadores crônicos dos vírus B ou C. Com a progressão da doença, podem surgir complicações sérias, como cirrose hepática e câncer (BRASIL, 2023).

Os sinais e sintomas na fase aguda são comuns aos vírus hepatotrópicos, ocorrem em intensidade variável e incluem a icterícia, a colúria e a acolia fecal, afadiga, dores abdominais, náuseas e vômitos. Em geral, as hepatites virais crônicas evoluem de forma silenciosa ou oligossintomática e, frequentemente, o diagnóstico é tardio e nas fases avançadas da hepatopatia crônica (COTTONE; PUTTAIAH, 1996; MONDELLI; CERINO; CIVIDINI, 2005).

3.2.5.1 Hepatite A

De acordo com Resende et al. (2010), a hepatite A, provocada por um vírus de RNA (HAV), é uma infecção geralmente transmitida por meio de alimentos e água contaminados. Em adultos, manifesta sintomas na maioria dos casos, tende a durar poucas semanas e, por ser autolimitada, raramente demanda internação hospitalar.

Essa infecção é mais prevalente em países em desenvolvimento, onde há dificuldades no acesso à água potável, escassez de saneamento básico, condições inadequadas de higiene e, especialmente, níveis educacionais reduzidos (JACOBSEN; WIERSMA, 2010; FRANCO et al., 2012).

A manifestação clínica da hepatite A não permite diferenciá-la das demais formas de hepatite. Para confirmar o diagnóstico durante a fase aguda, é necessário realizar testes sorológicos que detectem o anticorpo imunoglobulina M (anti-HAV IgM), específico para os antígenos proteicos do capsídeo viral (RESENDE et al., 2010).

3.2.5.2 Hepatite B

Segundo Novaes et al. (2021), a Hepatite B tem grande relevância em saúde pública, tanto por ser uma das principais causas de morte entre as hepatites virais

quanto pelos impactos negativos que provoca na qualidade de vida. Por esse motivo, destaca-se a importância de fortalecer as ações preventivas, com ênfase especial na vacinação, considerada uma das principais estratégias recomendadas pelo Ministério da Saúde para conter sua transmissão.

A maioria dos adultos acometidos pela hepatite B aguda não apresenta sintomas clínicos evidentes, sendo que apenas uma pequena parcela manifesta sinais como febre, icterícia e mal-estar. Em geral, a infecção aguda evolui de forma benigna, com resolução espontânea na maior parte dos casos, embora uma minoria possa desenvolver a forma crônica da doença (FRY, 2005). Quando crônica, a hepatite B pode desencadear processos inflamatórios e fibroses progressivas no fígado, aumentando o risco de cirrose e de complicações graves, como o carcinoma hepatocelular — uma das consequências mais severas da infecção prolongada (RESENDE et al., 2010). A evolução da doença está diretamente relacionada à interação entre fatores do vírus e do hospedeiro, sendo que a resposta imune individual desempenha papel essencial na gravidade das lesões hepáticas (SUMI et al., 2003).

A infecção pelo HBV ocorre predominantemente através da transmissão vertical, sexual e pelo uso compartilhado de seringas por usuários de drogas injetáveis (FRANÇOIS; HALLAUER; VAN DAMME, 2002). Em razão da possível transmissão do HBV através do sangue contaminado, os profissionais de saúde estão expostos ao maior risco de adquirirem a infecção (OLIVEIRA et al., 2005).

É fundamental que todos os profissionais que possam ter contato com sangue, fluidos corporais ou instrumentos perfurocortantes estejam incluídos nos programas de vacinação (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001). No entanto, é preciso compreender que a aplicação da vacina contra hepatite B não garante, por si só, a imunidade, já que uma parcela da população — aproximadamente 10% — não desenvolve anticorpos protetores contra o vírus mesmo após a vacinação (ABE; AKBAR; ONJI, 2006, p. 1). Por esse motivo, recomenda-se a realização do exame de anticorpos anti-HBs quantitativo para verificar a resposta imunológica (RESENDE et al., 2010).

3.2.5.3 Hepatite C

A hepatite C representa atualmente um dos mais relevantes desafios para a saúde pública global, destacando-se como uma das principais causas de mortalidade e complicações relacionadas às doenças hepáticas (BRASIL, 2003; GROSSMANN et al., 2008). Sua forma de transmissão ocorre predominantemente pelo contato com sangue contaminado, sendo os principais fatores de risco o uso de drogas injetáveis, o compartilhamento de objetos perfurocortantes e a exposição em ambientes de assistência à saúde, como clínicas de hemodiálise (BRASIL, 2023; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023). Por se tratar frequentemente de uma infecção assintomática em sua fase crônica, muitas pessoas desconhecem que são portadoras, o que favorece a continuidade da cadeia de transmissão (GROSSMANN et al., 2008). Em casos de evolução, a doença pode se tornar crônica e acarretar complicações graves, como cirrose e carcinoma hepatocelular (GROSSMANN et al., 2008).

O diagnóstico da infecção pelo HCV ocorre em duas etapas: inicialmente por meio da detecção de anticorpos anti-HCV, com testes laboratoriais ou rápidos, e, posteriormente, com exames moleculares que confirmam a infecção ativa nos indivíduos com resultado positivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; PARISI et al., 2014).

Ressalta-se que, até o momento, não há vacina disponível para a prevenção do HCV, devido à natureza altamente mutável e complexa de seu genoma de RNA (RESENDE et al., 2010).

3.3 Coagulograma

A hemostasia corresponde a um mecanismo fisiológico essencial que atua na contenção de hemorragias por meio de processos sequenciais e coordenados. Inicialmente, após a lesão de um vaso sanguíneo, ocorre a vasoconstrição, seguida pela adesão e agregação das plaquetas na área danificada, formando um tampão plaquetário — fase conhecida como hemostasia primária. Em seguida, tem início a hemostasia secundária, caracterizada pela ativação da cascata da coagulação, a qual pode ser desencadeada por duas vias distintas: a intrínseca e a extrínseca (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2012). A análise do coagulograma permite avaliar, tanto qualitativa quanto quantitativamente, a função plaquetária e a

capacidade de coagulação do paciente, sendo fundamental para o planejamento de procedimentos invasivos ou cirúrgicos (ELIAS; CHRISTOFARO; HID, 2004; GIFFHORN et al., 2002).

Quadro 3 - Principais valores referenciais do coagulograma na prática odontológica

Exames	Valores
TS – tempo de sangramento	3 a 7 minutos
TC – tempo de coagulação	3 a 9 minutos
TP – Tempo de protrombina ativada	11 a 15 segundos
TTPa – Tempo de protrombina parçilamente ativada	25 a 40 segundos
INR – Índice de normalização internacional	INR normal – 0,9 A 1,0 INR menor que 2,0 – Baixo risco INR entre 2,0 e 3,0 – Médio risco INR maior 3,0 - Alto risco

Fonte: Adaptado de AMARAL, Cristhiane Olívia Ferreira do et al. Bases para interpretação de exames laboratoriais na prática odontológica. Journal of Health Sciences, v.16, n. 3, p. 229-237, 2014. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgskroton.com.br/article/view/459>

3.3.1 Tempo de Sangramento – TS

O tempo de sangramento (TS) é um exame utilizado para avaliar se a quantidade de plaquetas está dentro dos padrões normais e se sua função está adequada. Esse teste consiste em mensurar o intervalo necessário para que um sangramento, induzido por uma incisão superficial e padronizada na pele, seja interrompido pela formação de um tampão plaquetário inicial, o que reflete a eficácia da hemostasia primária (AMARAL et al., 2014).

3.3.2 Tempo de coagulação - TC

O teste de tempo de coagulação apresenta baixa sensibilidade e seus resultados podem variar bastante entre diferentes medições, o que compromete sua reprodutibilidade (AMARAL et al., 2014).

3.3.3 Tempo de Protrombina – TP ou Tempo de Atividade da Protrombina – TAP

O tempo de protrombina (TP) é um exame que avalia o período necessário para o plasma sanguíneo formar um coágulo. Quando esse tempo está prolongado, pode indicar um distúrbio na coagulação, aumentando o risco de sangramentos anormais após cirurgias (AMARAL et al., 2014).

3.3.4 Tempo de tromboplastina parcial ativada – TTPa

O teste de tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) é utilizado para verificar o funcionamento da via intrínseca da coagulação, sendo útil para avaliar a capacidade do organismo em formar coágulos de fibrina de maneira adequada (AMARAL et al., 2014).

3.3.5 Índice de Normalização Internacional – INR ou NRI

O INR (International Normalized Ratio) representa uma padronização internacional do tempo de protrombina (TP), sendo fundamental para avaliar a coagulação sanguínea de forma comparável entre diferentes laboratórios (Amaral et al., 2014). Esse índice é o principal parâmetro utilizado para monitorar pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais (ANTÔNIO et al., 2008).

Em relação aos valores, um INR abaixo de 2,0 indica que o paciente está com anticoagulação insuficiente para tratar sua condição clínica, mas apresenta risco reduzido de sangramentos graves em procedimentos odontológicos simples, como extrações dentárias (Amaral et al., 2014). Quando os níveis se encontram entre 2,0 e 3,0, a anticoagulação é considerada adequada para a condição do paciente, embora haja um risco moderado de hemorragias durante cirurgias orais de pequeno porte (Amaral et al., 2014). Já valores superiores a 3,0 ou 3,5 caracterizam uma anticoagulação excessiva, o que representa um risco significativo de sangramentos, inclusive na ausência de intervenções cirúrgicas, sendo contraindicado realizar procedimentos invasivos sem ajuste prévio (Amaral et al., 2014; São Paulo, 2005).

3.3.6 Conduta para o atendimento aos pacientes anticoagulados

Durante a anamnese, é fundamental que o cirurgião-dentista investigue se o paciente já apresentou sangramentos anormais, hematomas com facilidade ou outros distúrbios relacionados à coagulação (Amaral et al., 2014). Também é essencial revisar a medicação em uso, dando atenção especial ao consumo de aspirina, devido ao seu efeito antiagregante plaquetário, que interfere na coagulação sanguínea (AMARAL et al., 2014).

Para pacientes em uso de anticoagulantes, recomenda-se solicitar a dosagem do INR, exame que deve ser realizado até 72 horas antes da cirurgia. Essa medida permite avaliar o grau de anticoagulação e reduzir o risco de sangramento durante e após o procedimento (PERRY; NOAKES; HELLIWELL, 2007).

Interromper a anticoagulação antes de cirurgias orais pode representar um risco maior para eventos tromboembólicos do que o risco de sangramentos que podem ocorrer caso o tratamento seja mantido. Por isso, a manutenção da terapia anticoagulante costuma ser a opção mais segura em muitos casos (LINNEBUR; ELLIS; ASTROTH, 2007).

Além disso, é imprescindível que o planejamento cirúrgico seja voltado para o controle eficaz do sangramento. Para isso, é necessário remover cuidadosamente fragmentos ósseos, manipular tecidos com delicadeza e aplicar pressão local adequada. A técnica de compressão bidigital do alvéolo, conhecida como “manobra de Chompret”, é útil para verificar a estabilidade óssea. Recomenda-se também realizar suturas firmes nos retalhos e utilizar agentes hemostáticos como anestésicos com vasoconstritor, esponjas de fibrina, colágeno ou trombina. Outra estratégia eficaz consiste na aplicação local de comprimidos macerados de ácido épsilon-aminocapróico ou ácido tranexâmico, embebidos em soro fisiológico e envoltos por gaze, mantidos no local por 30 a 60 minutos (CARAMELLI et al., 2007).

3.4 Diabetes mellitus

3.4.1 Definição – tipo 1 e tipo 2

O diabetes mellitus (DM) é uma condição metabólica crônica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicose no sangue, decorrente de falhas na secreção de insulina, resistência das células à sua ação ou pela combinação desses fatores (LIMA et al., 2015). Existem dois principais tipos da doença: o tipo 1, no qual há pouca ou nenhuma produção de insulina pelo pâncreas, e o tipo 2, geralmente associado à resistência periférica à insulina e à sua utilização ineficiente pelo organismo (ROCHA; COSTA; RODRIGUES, 2022).

3.4.2 Sinais e sintomas

DM possui manifestações clássicas que se caracterizam por poliúria (do volume urinário, devido à diurese osmótica, causada pelo excesso de glicose), polidipsia (aumento da sede, para compensar a perda de água pela urina), polifagia (aumento da fome, para compensar o estado catabolizador resultante da deficiência de insulina) e perda de peso (LIMA et al., 2015).

No ambiente bucal, o descontrole glicêmico favorece o surgimento de diversas alterações, sendo as mais frequentes a sensação de boca seca (xerostomia), hálito com odor cetônico, infecções fúngicas, inflamações gengivais e dificuldade de cicatrização (SIQUEIRA; SILVA; SOARES, 2024). Estudos apontam que a gravidade da doença periodontal está associada ao grau de controle do diabetes, considerando fatores como a duração da enfermidade e a presença de outras condições sistêmicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2015; WILD et al., 2004). Além disso, a própria doença periodontal pode comprometer o equilíbrio glicêmico, por se tratar de uma infecção crônica (GALLOTTINI et al., 2018).

3.4.3 Exames laboratoriais e tratamento

A análise da glicemia em jejum consiste na coleta de sangue após um período de jejum de 8 a 12 horas, com o objetivo de verificar os níveis de glicose circulante. Em indivíduos saudáveis, os valores devem situar-se entre 70 mg/dL e 100 mg/dL (ROCHA; COSTA; RODRIGUES, 2022). No entanto, como os níveis glicêmicos podem variar consideravelmente ao longo do dia, esse exame apresenta limitações em termos de sensibilidade para avaliar o perfil glicêmico completo do paciente. Apesar disso, ele permanece como um dos métodos mais utilizados para o

monitoramento da glicose no momento da coleta (ANGHEBEM et al., 2016; ANTUNES et al., 2021).

Já o exame da hemoglobina glicada é indicado especialmente para pacientes já diagnosticados com diabetes. Por meio de uma única amostra de sangue, ele permite avaliar a média dos níveis glicêmicos nos últimos três meses, oferecendo uma visão mais abrangente do controle da doença (ROCHA; COSTA; RODRIGUES, 2022).

O teste oral de tolerância à glicose (TOTG), por sua vez, é realizado inicialmente com a coleta de uma amostra de sangue em jejum. Após a ingestão de uma solução contendo glicose, uma nova amostra é coletada após duas horas, permitindo avaliar a resposta do organismo à sobrecarga de glicose (ANTUNES et al., 2021)

Quadro 2 - Critérios para o diagnóstico de DM.

TESTE	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia em jejum (8 horas)	100-125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
Glicemia casual		≥ 200 mg/dl + sintomas clássicos (4ps)
Tolerância oral à glicose	140-199 md/dl	≥ 200 mg/dl
Hemoglobina glicada	5.7%-6.4%	≥ 6,5%

Fonte: MILECH, A. et al (Org.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes. 2016, p.348. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES_SBD-2015-2016.pdf.

O tratamento do diabetes tipo 1 baseia-se na administração de insulina exógena, uma vez que há ausência total ou quase total da produção desse hormônio pelo pâncreas. Diversos tipos de insulina são utilizados, variando conforme o tempo de início e duração de ação. O manejo pode ser feito por meio de doses múltiplas diárias ou por sistemas de infusão contínua, exigindo, em ambos os casos, um controle rigoroso da glicemia capilar ao longo do dia (MILECH et al., 2016).

Para o diabetes tipo 2, o controle glicêmico é alcançado através de mudanças comportamentais, como a adoção de uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e controle do peso corporal. Além dessas medidas, podem ser utilizados medicamentos hipoglicemiantes orais e, em situações mais avançadas, a

insulina também pode ser necessária, especialmente quando o organismo já não é mais capaz de produzir a quantidade adequada do hormônio (MILECH et al., 2016).

3.4.4 Conduta para atendimento odontológico

Durante o atendimento odontológico de pacientes com possível diagnóstico não estabelecido de Diabetes Mellitus, é essencial que o cirurgião-dentista esteja atento aos sinais clínicos. Entre eles, a polifagia e perda de peso podem sugerir o tipo 1 da doença, enquanto hipertensão arterial e obesidade são indicativos mais comuns do tipo 2. Além disso, a avaliação detalhada da cavidade oral, especialmente das estruturas periodontais, é indispensável. Achados como sangramento gengival, acúmulo de biofilme ou tártaro, bolsas periodontais profundas, envolvimento de furcas, mobilidade dentária e hálito com odor cetônico podem apontar para a presença do diabetes, devido à sua conhecida associação bidirecional com a doença periodontal (BARBOSA; GUEDES, 2022).

Antes de realizar qualquer procedimento, o profissional deve verificar a glicemia capilar do paciente. Quando os níveis estão abaixo de 70 mg/dL, recomenda-se que o paciente se alimente antes do início do atendimento, prevenindo uma possível hipoglicemia (KIDAMBI; PATEL, 2008; MILEY; TEREZHALMY, 2005; SHIP, 2003). Embora não haja um limite específico de hiperglicemia que contraindique a consulta, é prudente adiar o atendimento caso a glicemia ultrapasse 250 mg/dL e o paciente apresente sintomas como náusea, sonolência, dor abdominal, dificuldade respiratória, visão turva, hálito cetônico e sinais de desidratação. Esses achados podem indicar cetoacidose diabética, exigindo encaminhamento imediato para atendimento médico de urgência. Por outro lado, se o paciente estiver assintomático, mesmo com valores elevados de glicose, procedimentos que visem o controle da dor ou infecções podem ser conduzidos com segurança (KIDAMBI; PATEL, 2008; MILEY; TEREZHALMY, 2005; SHIP, 2003).

Quanto ao uso de antibióticos, pacientes com diabetes bem controlada geralmente não necessitam de profilaxia, sendo suficientes os cuidados padrão de assepsia e antisepsia. Já nos casos em que o paciente apresenta descompensação metabólica, sinais de cetoacidose e infecções ativas, o uso profilático de antibióticos deve ser avaliado, sobretudo em procedimentos não eletivos. Isso se justifica pela redução na resposta imune desses indivíduos, especialmente em virtude da

diminuição da capacidade fagocitária e da quimiotaxia dos leucócitos, o que aumenta o risco de infecções (ANDRADE, 2006; COSTA et al., 2016).

4 DISCUSSÃO

A interpretação dos exames complementares é um recurso indispensável para o cirurgião-dentista compreender as condições sistêmicas do paciente, prevenindo complicações e garantindo segurança durante o atendimento. Conforme Amaral et al. (2014), a análise laboratorial é um importante instrumento clínico que permite avaliar o estado fisiológico do indivíduo e identificar possíveis disfunções que podem interferir no tratamento odontológico. Para Gallottini et al. (2018), o conhecimento dos parâmetros laboratoriais é essencial para que o profissional atue de forma integrada e segura, especialmente diante de pacientes com morbidades crônicas ou sistêmicas.

O hemograma completo é um dos exames mais solicitados, pois fornece informações sobre o número e as características das células sanguíneas. Peixoto (2012) afirma que ele possibilita avaliar as séries eritrocitária, leucocitária e plaquetária, fundamentais para identificar distúrbios hematológicos que possam alterar o prognóstico do tratamento. Segundo Amaral et al. (2014), os parâmetros como hemoglobina (Hb), hematócrito (Ht) e volume corpuscular médio (VCM) são indispensáveis para determinar o tipo e a gravidade de doenças como anemia e policitemia.

No caso da anemia, Bordini (2005) explica que a redução dos valores de hemoglobina e hematócrito compromete a oxigenação tecidual, resultando em palidez, fadiga e maior risco de infecção. Amaral et al. (2014) reforçam que o decréscimo da Hb e do Ht indica diminuição da capacidade do sangue em transportar oxigênio, o que interfere diretamente no processo de cicatrização e aumenta a possibilidade de sangramentos durante procedimentos invasivos. Dantas e Sanchez (2016) salientam que o cirurgião-dentista deve evitar intervenções em momentos de crise e adotar condutas preventivas, como antibioticoterapia profilática e controle rigoroso da infecção. Botelho et al. (2009) complementam que o manejo odontológico em pacientes com anemias, especialmente falciforme, requer atenção especial para evitar hipóxia e necrose óssea, sendo preferível realizar os atendimentos em ambiente controlado e com o paciente estabilizado.

A policitemia, por sua vez, é caracterizada pelo aumento anormal de eritrócitos e consequente elevação da viscosidade sanguínea. Amaral et al. (2014) destacam que o excesso de glóbulos vermelhos pode predispor tanto a episódios trombóticos quanto a sangramentos, devido a uma função plaquetária irregular. Dessa forma, o

dentista deve planejar o procedimento de modo a minimizar o trauma cirúrgico e controlar cuidadosamente a hemostasia. O aumento do hematócrito e da hemoglobina são os principais parâmetros laboratoriais que indicam essa condição, e a simples observação desses valores pode guiar a conduta clínica, evitando riscos cardiovasculares e hemorrágicos.

A leucemia é outra morbidade de grande relevância para a prática odontológica. Peixoto (2012) afirma que o leucograma de pacientes leucêmicos geralmente apresenta leucocitose patológica, ou seja, um aumento expressivo no número de leucócitos imaturos e disfuncionais. Segundo Araújo Silva et al. (2021), o cirurgião-dentista tem papel essencial na detecção precoce da leucemia, uma vez que os primeiros sinais podem surgir na cavidade bucal, como gengivorragias, ulcerações, mucosite e infecções recorrentes. Kroetz e Czulaniak (2003) ressaltam que o comprometimento da medula óssea leva à anemia e à trombocitopenia, o que eleva o risco de sangramento e infecção durante os procedimentos. Hespanhol et al. (2010) acrescentam que a imunossupressão causada pela leucemia ou pelo tratamento quimioterápico aumenta a incidência de infecções fúngicas e virais, especialmente por *Candida albicans* e Herpes simples, exigindo cuidados rigorosos de assepsia e acompanhamento interdisciplinar com o hematologista.

Em relação ao HIV, Corrêa e Andrade (2005) explicam que o vírus atua sobre o sistema imunológico, reduzindo progressivamente a contagem de linfócitos T-CD4+, células fundamentais na defesa do organismo. Patton (2003) aponta que valores de CD4+ abaixo de 200 células/mm³ caracterizam imunossupressão grave e maior risco de infecções oportunistas. Felipe et al. (2016) complementam que muitas dessas infecções se manifestam primeiramente na cavidade oral, como candidíase, gengivite ulcerativa necrosante, leucoplasia pilosa e herpes recorrente. A presença dessas alterações pode indicar falha no controle da doença, reforçando a necessidade de acompanhamento médico conjunto. Segundo Cavalcante et al. (2006), o cirurgião-dentista tem papel fundamental na identificação precoce dessas manifestações, atuando não apenas no diagnóstico, mas também na orientação e encaminhamento do paciente para tratamento especializado. Para o manejo clínico, Amaral et al. (2014) recomendam atenção especial à profilaxia antibiótica em pacientes com neutropenia e controle rigoroso da infecção, uma vez que a cicatrização e a resposta inflamatória estão comprometidas.

As hepatites virais também exigem atenção do cirurgião-dentista. Resende et al. (2010) descrevem que a hepatite A, causada por um vírus de RNA, é autolimitada e raramente evolui para formas graves, mas as hepatites B e C podem se tornar crônicas, levando à cirrose e ao carcinoma hepatocelular. Oliveira et al. (2005) destacam que o cirurgião-dentista está entre os profissionais mais expostos ao risco de infecção, devido à manipulação de sangue e secreções orais. O hemograma pode mostrar plaquetopenia e aumento do tempo de protrombina (TP), indicando comprometimento da função hepática (COTTONE; PUTTAIAH, 1996). Novaes et al. (2021) reforçam a importância da vacinação contra a hepatite B como medida preventiva essencial na odontologia. Segundo Grossmann et al. (2008), a hepatite C apresenta alto índice de cronificação e ausência de vacina, o que reforça a necessidade de práticas de biossegurança rigorosas e uso racional de anestésicos metabolizados pelo fígado.

O diabetes mellitus é outra condição de grande impacto na prática odontológica. Rocha, Costa e Rodrigues (2022) afirmam que o aumento da glicemia em jejum e da hemoglobina glicada (HbA1c) são os principais indicadores laboratoriais do descontrole metabólico. Valores de HbA1c acima de 6,5% e glicemia superior a 126 mg/dL indicam hiperglicemia persistente (MILECH et al., 2016). Segundo a American Diabetes Association (2015), o controle glicêmico inadequado compromete a resposta imunológica, favorecendo o surgimento de infecções fúngicas, gengivite, periodontite e retardo no processo de cicatrização. Kidambi e Patel (2008) reforçam a importância de medir a glicemia capilar antes do atendimento odontológico, evitando episódios de hipoglicemia durante o procedimento. Andrade (2006) e Costa et al. (2016) acrescentam que pacientes descompensados podem necessitar de antibioticoterapia profilática devido à redução da quimiotaxia e da fagocitose dos leucócitos.

Outro exame de grande relevância é o coagulograma, especialmente em pacientes com distúrbios hematológicos ou em uso de anticoagulantes. Amaral et al. (2014) descrevem que os testes mais utilizados — Tempo de Protrombina (TP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa) e Índice Internacional Normalizado (INR) — permitem avaliar a integridade das vias de coagulação. Antônio et al. (2008) afirmam que o INR é o parâmetro mais importante para determinar a segurança de procedimentos cirúrgicos, sendo que valores até 3,0 permitem intervenções simples com controle local de sangramento. Linnebur, Ellis e Astroth (2007) ressaltam que a

suspensão da terapia anticoagulante pode aumentar o risco de trombose e, por isso, o ideal é manter a medicação, adotando medidas hemostáticas locais, como o uso de ácido tranexâmico, conforme descrito por Caramelli et al. (2007).

Diante disso, observa-se que a análise dos parâmetros laboratoriais, sejam hematológicos, metabólicos ou de coagulação, é essencial para o diagnóstico e manejo de pacientes com condições sistêmicas. Como reforçam Pires e Carvalho (2018), o cirurgião-dentista deve interpretar os resultados dos exames correlacionando-os ao quadro clínico do paciente, atuando em parceria com outros profissionais de saúde e garantindo um atendimento seguro, ético e humanizado. Assim, a integração entre conhecimento laboratorial e prática clínica assegura não apenas o sucesso terapêutico, mas também a preservação da saúde geral do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos exames complementares demonstra ser uma ferramenta indispensável na rotina do cirurgião-dentista, permitindo compreender o paciente de forma integral e segura. Ao reconhecer as alterações hematológicas, hepáticas, infecciosas e metabólicas, o profissional torna-se capaz de planejar intervenções individualizadas, prevenindo complicações e promovendo um atendimento baseado na responsabilidade clínica e na prevenção de riscos.

Compreender o significado dos parâmetros laboratoriais, como os valores de hemoglobina, hematócrito, leucócitos, plaquetas, glicemia e índices de coagulação, amplia a visão diagnóstica do cirurgião-dentista e contribui para uma conduta mais precisa. Essa leitura crítica dos exames não apenas orienta a tomada de decisão, mas também reforça a importância do trabalho interdisciplinar entre a odontologia e as demais áreas da saúde.

Doenças como anemia, leucemia, diabetes mellitus, hepatites virais e infecção pelo HIV apresentam repercussões sistêmicas que se refletem diretamente na cavidade oral. Reconhecer essas manifestações e correlacioná-las com os resultados laboratoriais é fundamental para um atendimento humanizado, seguro e alinhado aos princípios da odontologia preventiva e integrativa.

Mais do que solicitar exames, cabe ao profissional compreender seus resultados e correlacioná-los com a história e o quadro clínico do paciente. Essa visão integrada reforça a importância da atuação interdisciplinar, aproximando a odontologia de outras áreas da saúde e promovendo um cuidado mais completo e seguro.

Conclui-se que o domínio sobre os exames complementares amplia a capacidade diagnóstica e fortalece a tomada de decisões do cirurgião-dentista, tornando sua prática mais consciente, científica e voltada à preservação da saúde geral do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ABE, M.; AKBAR, F.; ONJI, M. **Zinc and hepatitis B vaccination**. Hepatology Research, Oxford: Wiley-Blackwell Publishing Ltd, v. 35, n. 1, p. 1–2, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hepres.2006.02.010>. Acesso em: 17 maio 2025.

AGUIRRE, José M.; ECHEBARRIA, Maria A.; OCINA, Esther; RIBACOBÁ, Laureano; MONTEJO, Miguel. **Reduction of HIV-associated oral lesions after highly active antiretroviral therapy**. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, St. Louis, v. 88, n. 2, p. 114–115, ago. 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(99\)70124-1](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(99)70124-1). Acesso em: 17 maio 2025.

AMARAL, C. O. F.; NASCIMENTO, F. M.; PEREIRA, F. D.; PARIZI, A. G. S.; STRAIOTO, F. G.; AMARAL, M. S. P. **Bases para interpretação de exames laboratoriais na prática odontológica**. Journal of Health Sciences, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 229–237, 2014. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/459>. Acesso em: 17 maio 2025.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **Parameter on periodontitis associated with systemic conditions**. Journal of Periodontology, Chicago: American Academy of Periodontology, v. 71, supl. 5, p. 876–879, maio 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.5-S.876>. Acesso em: 17 maio 2025.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Classification and diagnosis of diabetes**. Diabetes Care, Arlington: American Diabetes Association, v. 38, supl. 1, p. S8–S16, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc15-S005>. Acesso em: 17 maio 2025.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica**. 2. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

ANGHEBEM, M. I. et al. **Correlação entre valores de glicemia média estimada e glicemia em jejum**. Revista Brasileira de Análises Clínicas, Curitiba, v. 50, n. 4, p. 353–356, 2018. Disponível em: <https://www.rbac.org.br/artigos/correlacao-entre-valores-de-glicemia-media-estimada-e-glicemia-em-jejum/>. Acesso em: 17 maio 2025.

ANTÔNIO, N.; CASTRO, G.; RAMOS, D.; MACHADO, A.; GONÇALVES, L.; MACEDO, T.; PROVIDÊNCIA, L. A. **Controvérsias na anticoagulação oral:**

continuar ou interromper os anticoagulantes orais durante a intervenção estomatológica? Revista Portuguesa de Cardiologia, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, v. 27, n. 4, p. 531 – 544, abr. 2008. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/11857>. Acesso em: 4 maio 2025.

ANTUNES, Y. R.; OLIVEIRA, E. M. de; PEREIRA, L. A.; PICANÇO, M. F. P. **Diabetes Mellitus Tipo 2: a importância do diagnóstico precoce da diabetes**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 116526 – 116551, dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-419>. Acesso em: 20 abr. 2025.

ARAÚJO SILVA, J. C.; OLIVEIRA, E. M. B.; ASSUNÇÃO, F. B. R.; ARAÚJO DA SILVA, J.; PINHEIRO, E. S. **O papel do profissional de odontologia no atendimento de manifestações bucais em pacientes com leucemia**. Saúde Coletiva (Barueri), v. 11, n. 64, p. 5670 – 5679, 2021. Disponível em: <https://revistasau decoletiva.com.br/index.php/sau decoletiva/article/view/1513>. Acesso em: 19 abr. 2025.

BARBOSA, E. F.; GUEDES, C. F. V. C. **Atendimento odontológico a pacientes com diabetes mellitus: uma revisão de literatura**. Research, Society and Development, v. 11, n. 6, artigo e23511628967, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28967>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BECKER, A. K. **Interpretação da CBC**. Revista Chilena de Pediatría, Santiago, v. 72, n. 5, p. 460–465, 2001. Disponível em: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1802>. Acesso em: 17 maio 2025.

BIRNBAUM, T. A.; HODGSON, T. A.; REICHART, P. A.; SHERSON, W.; NITTAYANANTA, W.; AXELL, T. E. **Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy**. Oral Diseases, London: Wiley-Blackwell, v. 8, supl. 2, p. 110–114, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2002.00021.x>. Acesso em: 17 maio 2025.

BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promoção de saúde bucal em clínicas odontológicas**. In: CANGUSSU, M. C. T.; COELHO, L. T. (Org.). Odontologia em saúde coletiva: práticas e saberes. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. P. 115-132.

BORDINI, P. J. **Interpretando os exames bioquímicos do sangue de interesse para a implantodontia**. Implant News, v. 2, n. 2, 2005.

BOTELHO, D. S. et al. **Perfil sistêmico e conduta odontológica em pacientes com anemia falciforme**. International Journal of Dentistry, v. 8, n. 1, p. 28 – 35, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Súmula Normativa nº 11, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei_pdf.php?id=1213. Acesso em: 5 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 118 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_odonto.pdf. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_br_esta_atento.pdf. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente**. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico]. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais: número especial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletinsepidemiologicos/2023/hepatites-virais/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-_2023.pdf/view. Acesso em: 1 maio 2025.

CANÇADO, R. D. **Talassemias alfa**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 86–87, abr./jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/5wfV83Tj447F7Rt6HMzjkXL/>. Acesso em: 17 maio 2025.

CARAMELLI, B.; PINHO, C.; CALDERARO, D.; GUALANDRO, D. M.; YU, P. C. I. **Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 88, n. 5, p. e139 – e178, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/zH8qYHTXMxG6zvSSRqqyZZJ/>. Acesso em: 4 maio 2025.

CAVALCANTE, C. A. T.; GONÇALVES, D. H. A.; MAIA, D. K. A.; SÁ, E. M. O.; SOUZA, E.; SOUSA, J. G. **A atenção à saúde bucal para DST/HIV/AIDS na rede municipal de Belo Horizonte: diagnóstico loco-regional**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis**. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 50, n. RR-11, p. 1 – 52, 2001. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>. Acesso em: 1 maio 2025.

CORRÊA, E. M. C.; ANDRADE, E. D. **Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS**. Revista Odonto Ciência, Porto Alegre, v. 20, n. 49, p. 281–289, jul./set. 2005. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/article/view/1138>. Acesso em: 17 maio 2025.

COSTA, R. M.; AZEVEDO, F. C. G.; AZOUBEL, M. C. F.; TEIXEIRA, L. G.; AZOUBEL, E. **O paciente diabético na clínica odontológica: diretrizes para o acolhimento e atendimento**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 20, n. 4, p. 333 – 340, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797199>. Acesso em: 20 abr. 2025.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Doenças da imunidade**. In: ROBBINS, S. L. Patologia estrutural e funcional. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap. 7, p. 168 – 232.

COTTONE, J. A.; PUTTAIAH, R. **Hepatitis B virus infection: current status in dentistry**. Dental Clinics of North America, Philadelphia, v. 40, n. 2, p. 293–307, abr. 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8641522/>. Acesso em: 17 maio 2025.

CRIVELLO JÚNIOR, O. O método diagnóstico. In: MARCUCCI, G. (Org.). **Fundamentos de odontologia: estomatologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. P. 63–98.

DANTAS, L. G. S.; SANCHEZ, H. F. **Proposta de atendimento em saúde bucal para portadores de anemia falciforme na atenção primária à saúde**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 19, n. 4, p. 623–629, out./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/15626>. Acesso em: 17 maio 2025.

DUNCAN, I. R.; PRASSE, K. W.; MAHAFFEY, E. A. **Veterinary laboratory medicine**. 3. Ed. Ames: Iowa State University Press, 1994.

ELIAS, R.; CHRISTOFARO, M.; HID, F. B. **Atendimento odontológico ao paciente portador de doença de Von Willebrand**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 235–238, out./dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/5wfV83Tj447F7Rt6HMzjkXL/>. Acesso em: 17 maio 2025.

FELIPE, L. C. S.; MILHOMEM, C. N. R.; MORAIS, Â. M. D.; HONDA, R.; PASSOS, W. G.; FURUSE, C. **Pacientes com HIV/AIDS na Odontologia e suas Manifestações Bucais**. Journal of Orofacial Investigation (JOFI), Araguaína, v. 3, n. 1, p. 53–62, 2016. Disponível em: <https://revistas.faculadefacit.edu.br/index.php/JOFI/article/view/162>. Acesso em: 17 maio 2025.

FERNANDES, E. O.; GUERRA, E. E.; PITREZ, F. A. B.; FERNANDES, F. M.; ROSITO, G. B. A.; GONZÁLEZ, H. E.; MEYER, I.; SILVA NETO, L. B.; FERNANDES, M. S.; SOIBELMAN, M.; CARVALHO, R. L. **Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências**. Revista da AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul, v. 54, n. 2, p. 240–258, 2010. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Avalia%C3%A7%C3%A3o-pr%C3%A9-operat%C3%B3ria-e-cuidados-em-cirurgia-em-Fernandes-Guerra/3041e487d6655a359a32225949e12d81a1664f72>. Acesso em: 17 maio 2025.

FRANCO, E.; MELELEO, C.; SERINO, L.; SORBARA, D.; ZARATTI, L. **Hepatitis A: epidemiology and prevention in developing countries**. World Journal of Hepatology, Pleasanton: Baishideng Publishing Group, v. 4, n. 3, p. 68–73, 27 mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4254/wjh.v4.i3.68>. Acesso em: 17 maio 2025.

FRANÇOIS, G.; HALLAUER, J.; VAN DAMME, P. **Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups**. Vaccine, v. 21, n. 1-2, p. 1–4, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(02\)00440-1](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(02)00440-1). Acesso em: 17 maio 2025.

FRY, D. E. **Occupational blood-borne diseases in surgery**. The American Journal of Surgery, Philadelphia: Elsevier, v. 190, n. 2, p. 249–254, ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.05.021>. Acesso em: 17 maio 2025.

GALLOTTINI, M. H. C.; CIAMPONI, A. L.; GARRIDO, D.; PRADO, I. A.; SILVA, T. M. C.; ANDERSON, L. **Odontologia para pacientes com comprometimento sistêmico**. São Luís: EDUFMA, 2018. 83 p. ISBN 978-85-7862-796-6. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/11551>. Acesso em: 19 abr. 2025.

GIFFHORN, H.; RAMPINELLI, A.; BONATELLI FILHO, L.; COLLAÇO, J. **Trombocitopenia adquirida e cirurgia cardíaca: relato de caso**. Revista Brasileira

de Cirurgia Cardiovascular, v. 17, n. 2, p. 166 – 170, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382002000200011>. Acesso em: 1 maio 2025.

GREENWOOD, I.; HEYLEN, R.; ZAKRZEWSKA, J. M. **Antiretroviral drugs – implications for dental prescribing**. British Dental Journal, London: Nature Publishing Group, v. 184, n. 10, p. 478–482, 23 maio 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4809668>. Acesso em: 17 maio 2025.

GROSSMANN, S. M. C.; TEIXEIRA, R.; DO CARMO, M. A. V. **Hepatite C: uma revisão para dentistas / Hepatitis C: a review for dentists**. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v. 44, n. 2, p. 18–25, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivoemodontologia/article/view/3471>. Acesso em: 1 maio 2025.

HESPANHOL, F. L.; TINOCO, E. M. B.; TEIXEIRA, H. G. C.; FALABELLA, M. E. V.; ASSIS, N. M. S. P. **Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1085–1094, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7kyj3PfPRp7czGrM7GcD3pG/>. Acesso em: 13 maio 2025.

JACOBSEN, K. H.; WIERSTMA, S. T. **Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005**. Vaccine, Oxford: Elsevier, v. 28, n. 41, p. 6653–6657, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.08.037>. Acesso em: 17 maio 2025.

KROETZ, F. M.; CZLUANIAK, G. D. **Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos**. Publicação da UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 41–48, 2003. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/biologica/article/view/363>. Acesso em: 17 maio 2025.

LIMA, L. O.; LIMA, G. O.; ALVES, F. S.; CARATIN, W. W. C.; FERNANDES, K. S.; TOBOUTI, P. L. **Diabetes e a odontologia**. Journal of Biodentistry and Biomaterials, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 45–52, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.unibjournal.com.br/seer/index.php/jbb/article/view/30>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LINNEBUR, A. S.; ELLIS, S. L.; ASTROTH, J. D. **Educational practices regarding anticoagulation and dental procedures in U.S. dental schools**. Journal of Dental Education, v. 71, n. 2, p. 296 – 303, fev. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6492213_Educational_Practices_Regarding

_Anticoagulation_and_Dental_Procedures_in_US_Dental_Schools. Acesso em: 4 maio 2025.

MARCENES, W.; PANKHURST, C. L.; LEWIS, D. A. **Oral health behaviour and the prevalence of oral manifestations of HIV infection in a group of HIV positive adults**. International Dental Journal, London: FDI World Dental Federation, v. 48, n. 6, p. 557–562, dez. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.1998.tb00492.x>. Acesso em: 17 maio 2025.

MILECH, A.; OLIVEIRA, J. E. P. de; VENCIO, S. (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. 348 p. Disponível em: <https://nutritotal.com.br/pro/wp-content/uploads/2016/08/481-DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.

MONDELLI, M. U.; CERINO, A.; CIVIDINI, A. **Acute hepatitis C: diagnosis and management**. Journal of Hepatology, Amsterdam: Elsevier, v. 42, supl. 1, p. S108–S114, jan. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2004.10.017>. Acesso em: 17 maio 2025.

NETTO, A. P. et al. **Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1c) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais**. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 31–48, fev. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-24442009000100007>. Acesso em: 17 maio 2025.

NOVAES, A. C.; TIROLI, C. F.; RIBEIRO, B. Q.; FERREIRA, N. M. de A.; FURUYA, R. K.; GALHARDI, L. C. F.; TOMEDI, D. J. G.; COTARELLI, L. F.; PIERI, F. M. **Hepatites virais no contexto brasileiro: uma revisão integrativa**. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, e12510111579, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11579>. Acesso em: 17 maio 2025.

OLIVEIRA, O. C. A.; OLIVEIRA, R. A.; SOUZA, L. R. **Impacto do tratamento antirretroviral na ocorrência de macrocitose em pacientes com HIV/AIDS do município de Maringá, Estado do Paraná**. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 44, n. 1, p. 35–39, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/fkZDzdV4RW6H8FHwhjvhhBw/>. Acesso em: 17 maio 2025.

OLIVEIRA, S. A. N.; HACKER, M. A.; OLIVEIRA, M. L. A.; YOSHIDA, C. F. T.; TELLES, P. R.; BASTOS, F. I. **A window of opportunity: declining rates of hepatitis B virus infection among injection drug users in Rio de Janeiro, and prospects for targeted hepatitis B vaccination**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 18, n. 4-5, p. 271–277, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/271-277/>. Acesso em: 17 maio 2025.

PARISI, M. R.; SOLDINI, L.; VIDONI, G.; MABELLINI, C.; BELLONI, T.; BRIGNOLO, L.; NEGRI, S.; SCHLUSNUS, K.; DORIGATTI, F.; LAZZARIN, A. **Point-of-care testing for HCV infection: recent advances and implications for alternative screening**. New Microbiologica, Roma: Edizioni Internazionali, v. 37, n. 4, p. 449 – 457, out. 2014. Disponível em: https://www.newmicrobiologica.org/PUB/allegati_pdf/2014/4/449.pdf. Acesso em: 3 maio 2025.

PATTON, Lauren L. **HIV disease**. Dental Clinics of North America, Philadelphia: W.B. Saunders, v. 47, n. 3, p. 467–492, jul. 2003. Disponível em: [https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532\(03\)00016-8/fulltext](https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532(03)00016-8/fulltext). Acesso em: 17 maio 2025.

PATTON, L. L.; SHUGARS, D. A. **Immunologic and viral markers of HIV-1 disease progression: implications for dental management**. Journal of the American Dental Association, v. 130, n. 9, p. 1313–1322, set. 1999. Disponível em: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)65848-7/abstract](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)65848-7/abstract). Acesso em: 17 maio 2025.

PEIXOTO, Adriana Lopes. **Solicitação e interpretação de exames laboratoriais: uma visão fundamentada e atualizada sobre a solicitação, interpretação e associação de alterações bioquímicas com o estado nutricional e fisiológico do paciente**. 1. Ed. São Paulo: AS Sistemas, 2012. 219 p. ISBN 978-85-65880-03-9.

PERRY, D. J.; NOAKES, T. J. C.; HELLIWELL, P. S. **Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery**. British Dental Journal, London: Nature Publishing Group, v. 203, p. 389 – 393, 2007. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/bdj.2007.892>. Acesso em: 4 maio 2025.

PIRES, F. R.; CARVALHO, M. V. Exames laboratoriais aplicados à clínica odontológica. In: SILVA, R. F. da; FARIA, P. E. P. de. **Clínica odontológica: fundamentos e aplicações**. São Paulo: Santos, 2018. p. 221 – 238.

RESENDE, V. L. S.; ABREU, M. H. N. G.; TEIXEIRA, R.; PORDEUS, I. A. **Hepatites virais na prática odontológica: riscos e prevenção**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 241 – 246, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/637/63716962027.pdf>. Acesso em: 17 maio 2025.

ROCHA, I. M. S.; COSTA, L. B.; RODRIGUES, R. V. **Paciente diabético na clínica odontológica: protocolo de atendimento**. Research, Society and Development, v. 11, n. 14, p. e430111436274, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36274>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. **Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais**. Cadernos de Saúde Bucal da SES-SP. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, 2005. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prot_Necessidades_Especiais.pdf. Acesso em: 4 maio 2025.

SIQUEIRA, A. P. A. L. de; SILVA, B. C. da; SOARES, D. M. **Conhecimento dos estudantes de odontologia sobre a inter-relação e o manejo do diabetes mellitus na saúde bucal**. Revista da Faculdade de Odontologia – UPF, v. 24, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v29i1.16073>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SOUZA, L. B.; PEREIRA PINTO, L.; MEDEIROS, A. M. C.; ARAÚJO Jr., R. F.; MESQUITA, O. J. X. **Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira**. Pesquisa Odontológica Brasileira, v. 14, n. 1, p. 79–85, jan./mar. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pob/a/nBhL6HX9Mqds9CGwhPMBCSS/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2025.

SUMI, H. et al. **Influence of hepatitis B virus genotypes on the progression of chronic type B liver disease**. Hepatology, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, v. 37, n. 1, p. 19–26, jan. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/jhep.2003.50036>. Acesso em: 18 maio 2025.

TAHA EI, S. M.; MOHEBBI, S. R.; ZALI, M. R. **Enteric hepatitis viruses**. Gastroenterology and Hepatology From Bed to Bench, Teerã: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, v. 5, n. 1, p. 7–15, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24834192/>. Acesso em: 18 maio 2025.

TORRES, J. F. et al. As diferenças entre o hematócrito, hemoglobina observada e estimada e a sua importância no diagnóstico de anemia na população costeira da Venezuela: análise do segundo inquérito nacional de crescimento e desenvolvimento humano. Revista Biomédica, Maracaibo: Universidad del Zulia, v. 28, n. 1, p. 47–53, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000100008&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em: 18 maio 2025.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Unidade IV, Pré-Clínica V. DP-421, FOP/Unicamp. **Áreas de Semiologia e Patologia**. 2012. Disponível em:

http://www.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un2_Aspectos_Odontologicos_Disturbios_Hematologicos.pdf. Acesso em: 2 abr. 2013.

WILD, S. et al. **Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030**. Diabetes Care, v. 27, n.5, p. 1047-53, mayo. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Core information for the development of immunization policy**. Geneva: World Health Organization, 2002. (WHO/V&B/02.28). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67273>. Acesso em: 28 abr. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on hepatitis B and C testing: policy brief**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/251330>. Acesso em: 13 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis C [recurso eletrônico]. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. Acesso em: 1 maio 2025.