

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE BUCAL**

# **Protocolo de Atenção em Saúde Bucal**

Florianópolis, maio de 2010.

# Sumário

1. Introdução
2. Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde
  - 2.1 A integração da Saúde Bucal à Estratégia Saúde da Família
  - 2.2 Sistema de agendamento de consultas no Centro de Saúde
3. Linhas de Cuidado
  - 3.1 A Criança
  - 3.2 O Adolescente
  - 3.3 Gestante
  - 3.4 Adulto
  - 3.5 Idoso
4. Atendimentos Coletivos
  - 4.1 Normatização para os procedimentos coletivos
5. Saúde Bucal na Média Complexidade
  - 5.1 Pronto Atendimento em Saúde Bucal
  - 5.2 Centro de Especialidades Odontológicas
  - 5.3 Serviço Radiologia
6. Orientações quanto à Terapia Medicamentosa em Odontologia
  - 6.1 Considerações iniciais
  - 6.2 Drogas ansiolíticas
  - 6.3 Analgésicos
  - 6.4 Anti-inflamatórios
  - 6.5 Antimicrobianos
  - 6.6 Anti-sépticos
  - 6.7 Antifúngicos
  - 6.8 Antivirais

Referências Bibliográficas

Anexos

## 1 INTRODUÇÃO

A atual visão de promoção de saúde é abrangente, superando a prática corrente que entende a promoção de saúde apenas como ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção das doenças. Esta visão implica reconhecer que o objeto de atuação dos profissionais de saúde bucal constitui-se em três vertentes; a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, a aplicação de métodos de prevenção e o repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde.

Promover saúde é mais do que orientar ao paciente que cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Promoção de saúde é uma ação global, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas, incluindo esforços planejados para construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que apoiem o esforço individual e comunitário de ser saudável, fortalecer ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar os serviços.

O preparo dos profissionais de saúde bucal em práticas e atitudes que os ajudem neste processo é prioritário, integrando-os à equipe de saúde, dispondo de conhecimentos abrangentes e participando das questões mais amplas da comunidade, como por exemplo: educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta, higiene, uso de fluoretos, do fumo, do consumo de álcool e, sobre o processo saúde/doença, estaremos contribuindo para que os indivíduos tenham um estilo de vida mais saudável.

Várias atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais têm sido conduzidas de forma efetiva por setores não ligados diretamente à saúde e incorporadas a rotinas diárias e a ambientes, como as escolas. Há evidências de expansão de efeitos a outros membros da família a partir destes espaços sociais.

A equipe odontológica deve agir em parceria com os demais membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com a população para que ela atue em sua própria saúde. Deve trabalhar de forma integrada com base epidemiológica, buscando impacto, controle e redução de índices para as doenças da placa bacteriana, doenças em consequência do uso do tabaco e do trauma no sistema estomatognático, para que haja um estado de equilíbrio favorável entre saúde e doença.

A humanização do atendimento, sua resolutividade e qualidade, a melhoria do acesso, a territorialização, e a otimização das ações de vigilância à saúde para prevenção e controle das doenças e agravos servirão como base para adequar as normas da atenção odontológica.

A ampliação dos serviços, com incorporação da Atenção Especializada, através dos Centros de Especialidades Odontológicas, significa um grande avanço na busca da integralidade do cuidado e impulsiona o crescimento e organização do serviço para melhor atender a população.

## **2 SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

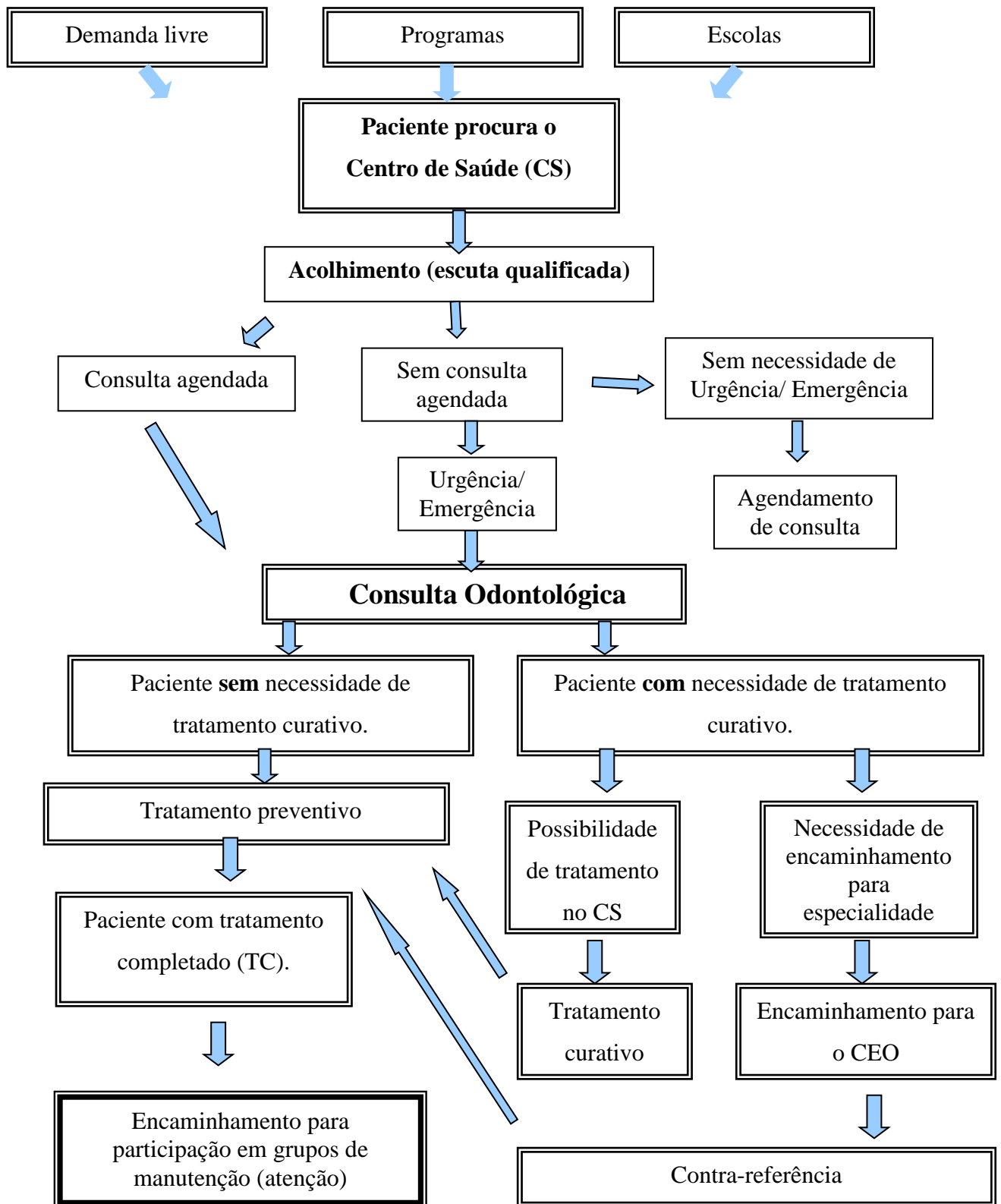
Desde quando surgiu o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem sofrido diversas interpretações. No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade.
- II- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na área de serviços.
- III- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.
- IV- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.
- V- Ser um espaço de construção de cidadania.

Um aspecto fundamental para efetivação da Atenção Básica é a promoção de saúde, que é uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

### Fluxograma da Atenção Primária:



## **2.1 A integração da Saúde Bucal à Estratégia Saúde da Família (ESF)**

O Estratégia Saúde da Família visa à organização da atenção básica que tem por objetivo a implementação da Vigilância à Saúde, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família deve:

- I- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam.
- II- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população.
- III- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados, com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.
- IV- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.
- V- Ser um espaço de construção de cidadania.

Busca assim, construir novos processos de trabalho voltados às famílias, valorizando a intersetorialidade e o controle social.

O reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local possibilitam a compreensão da causalidade das doenças e a proposição, de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada à comunidade.

As equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família foram instituídas no município a partir de agosto de 2004 e as ações destas equipes foram inicialmente orientadas para o atendimento dos escolares e das demandas clínicas dos usuários, também para a integração destes profissionais nas equipes que já atuavam nas unidades.

A construção do trabalho das equipes de Saúde Bucal deve seguir as orientações da Portaria GM/MS 648 (de março de 2006) que: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Na Portaria acima referida em seu anexo 1 estão definidas as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

São atribuições comuns a todos os profissionais:

1. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
2. realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
4. garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
5. realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
7. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
8. participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
11. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;



12. participar das atividades de educação permanente, e
13. realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

São atribuições específicas do Cirurgião-Dentista:

1. realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
2. realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
3. realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
4. encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
5. coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
6. acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
7. contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB (Técnico em Saúde Bucal), Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e ESF;
8. realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e
9. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

São atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

1. realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
2. coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

3. acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
4. apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
5. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

São atribuições do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

1. realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
2. proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
3. preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
4. instrumentalizar e auxiliar o Cirurgião-Dentista e/ou o TSB nos procedimentos clínicos;
5. cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
6. organizar a agenda clínica;
7. acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros de equipe da saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
8. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do PSF

## **2.2 Sistema de agendamento de consultas nos Centros de Saúde**

O agendamento das atividades da equipe de saúde bucal seguirá o planejamento e programação local levando em conta as necessidades da população, considerando os grupos prioritários estabelecidos pelo serviço de acordo com a necessidade local e as escolas existentes na área de abrangência da unidade.

Os grupos prioritários têm preferência no agendamento de consultas e atividades, porém deve-se garantir o acesso ao serviço às pessoas que dele necessitam.

O sistema de agendamento para a população adulta em geral deve considerar a capacidade de atendimento instalada e a demanda ao serviço na tentativa de equacionar procura e oferta local.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais incluem: atendimento clínico em consultório, acolhimento, visitas domiciliares, participação em grupo na unidade ou na comunidade, procedimentos coletivos com escolares e/ou outros grupos prioritários e reuniões com equipe técnica no Centro de Saúde.

A Portaria nº 21/1998 da Secretaria Municipal de Florianópolis define que os atendimentos clínicos tenham duração de 30 min. quando o serviço contar com a presença de Auxiliar de Saúde Bucal e na ausência deste profissional ter a duração de 45 min.

Apresentamos abaixo exemplo de agenda a ser construída para a equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
M A N H Ã	Atendimento Clínico + Acolhimento	Atendimento clínico de escolares + Acolhimento	Atividades coletivas em escolas, creches e NEIS	Atendimento Clínico + Reunião com equipe técnica da ESF	Atendimento clínico de bebês e crianças + Acolhimento
T A R D E	Visita Domiciliar	Atividades coletivas em escolas, creches e NEIS.	Atendimento clínico de bebês e crianças, em grupos ou individualmente.	Participação nas atividades dos grupos estabelecidos no CS + Atendimento Clínico.	Atendimento Clínico + Acolhimento

### **3 LINHAS DE CUIDADO**

#### **3.1 A Criança**

A criança deve ter sua primeira consulta odontológica agendada pela agente educadora que visita as maternidades para quando completar 30 dias de vida no Centro de Saúde (CS) mais próximo de sua casa. Nesta visita é entregue a mãe um kit de primeiros cuidados gerais do bebê que contém: folder com orientações sobre saúde bucal, folder de orientações sobre uso dos componentes do kit, pomada para assadura, gaze e álcool 70° para o curativo do coto umbilical, sabão de glicerina e termômetro. A marcação de consulta odontológica e a entrega do kit com orientações sobre higiene bucal são as primeiras ações da Secretaria de Saúde na promoção de saúde e prevenção de doenças bucais da criança.

##### **3.1.1 Roteiro para a primeira consulta odontológica da criança (30 dias)**

A consulta deverá ser dividida em dois momentos:

1º momento:

- Anamnese: Ouvir a família; observar o comportamento da criança, captando suas imagens não verbais; observar a queixa principal, quando houver; perguntar sobre intercorrências durante a gestação: doenças, medicamentos utilizados, carências nutricionais, traumas, etc.
- Preenchimento da ficha clínica: organizar os registros de um modo que seja compreensível e anotar tudo, se possível com autorização do responsável pelo paciente para o tratamento.
- Orientações para a mãe ou responsável: pontos a considerar:
  - a) Aleitamento materno: O profissional deverá estimular o aleitamento natural, ressaltando que o leite materno é o melhor para o bebê, e deve ser o único alimento a ser oferecido a ele até os 6 meses de vida; promove o desenvolvimento dos músculos relacionados aos maxilares e língua, auxiliando na aquisição da fala,

deglutição, oclusão e colabora efetivamente na prevenção da respiração bucal; confere imunidade natural ao bebê.

- b) Uso de bicos e chupetas: Desestimular, pois a sucção do dedo, chupeta ou mamadeira é um fator que pode interferir negativamente no desenvolvimento facial da criança, podendo levar a alterações bucais, tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação inadequada dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição.
- c) Higiene da boca do bebê: Orientar sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê que deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, a partir dos primeiros dias de vida do bebê, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca. A limpeza pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa embebida em água filtrada e/ou misturar uma colher de água oxigenada 10 vol. em ½ copo de água fervida ou filtrada (fria) que deve ser passada delicadamente na gengiva, nos vestíbulos bucais.
- d) Dieta: Até os 6 meses, orientar sobre o aleitamento exclusivo, após, ao se introduzir outros alimentos, desestimular o uso de açúcar em mamadeiras de leite e/ou sucos, papinhas, etc; alertar sobre o risco de cáries rampantes ou de “mamadeira”; orientar para não se usar mel, melado ou similar para a criança aceitar a chupeta. As papas de legumes não devem ser liquidificadas, mas sim amassadas com garfo para que a criança perceba as diferentes texturas dos alimentos e inicie o mais cedo possível o processo da mastigação.
- e) Uso de fluoretos: não há necessidade de suplementação de flúor se na área onde a família reside, a água de abastecimento público for fluoretada. Orientar para usar creme dental na higienização (escovação) dos dentes da criança a partir do nascimento dos 1º molares decíduos, sempre salientando para estimular a criança a cuspir a espuma da escovação. Usar quantidade mínima de creme dental (sujar a escova apenas). Nos últimos anos ocorreram mudanças nos conceitos de como o flúor age no controle do desenvolvimento da cárie dentária. Evidências científicas atuais estão dando maior importância aos efeitos cariostáticos pós-eruptivos do que os benefícios pré-eruptivos do flúor. (Promoção de saúde PCC, 1998), por isso não mais se recomenda o uso de suplemento de flúor para gestantes e não se dá tanta ênfase para o uso oral de soluções de fluoreto de sódio para a população infantil.
- f) Transmissibilidade da doença cárie: A contaminação precoce por microorganismos causadores da doença cárie em bebês pode ocorrer a partir de contatos frequentes e

repetitivos entre a mãe e a criança – transmissibilidade da doença cárie, tais como beijos na boca, uso comum de talheres e hábitos de se limpar a chupeta colocando-a na boca do adulto e logo oferecendo à criança; Segundo Alaluusua, Renkomei (1983), quanto mais cedo ocorrer à contaminação da criança por microorganismos cariogênicos, maiores são as possibilidades do aparecimento precoce da doença cárie. Uma gestante que apresente intensa atividade de cárie deve ser avaliada e tratada na clínica odontológica, para que ela tenha melhor condição bucal na hora do nascimento do seu bebê; dessa forma, haverá uma redução nos níveis salivares de microorganismos cariogênicos.

2º momento:

- Exame clínico bucal: deve-se fazer a inspeção da cavidade bucal prestando atenção para a presença de: dentes neonatais, dentes natais, pérolas de Epstein, nódulos, cistos, anomalias congênitas, problemas com freios e/ou bridas musculares, problemas com língua (tamanho, tonicidade, posicionamento), anotações na ficha clínica.
- Encaminhamentos quando necessário.

### **Observações:**

- A consulta de 30 dias poderá ser realizada em grupo com agendamento mensal para os bebês no CS quando a demanda de bebês for significativa e assim a equipe de saúde bucal do CS julgar melhor. No atendimento de grupo iniciar com as orientações aos pais e em seguida com o exame clínico dos bebês. Preencher o RAAC (relatório de atendimento ambulatorial coletivo); ficha clínica individual e RAAI (relatório de atendimento ambulatorial individual).

- Os cuidados com o bebê:

A prevenção da cárie dentária pelo controle da dieta pode ser desenvolvida desde a vida intra-uterina, especificamente, a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê. A partir deste período a ingestão de alimentos açucarados pela mãe pode desenvolver no bebê avidez pelo açúcar, portanto, a implementação de novos hábitos alimentares na mãe proporcionará uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho.

A amamentação natural durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de má oclusão, além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular durante a ordenha no peito favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais, constituindo-se como prevenção primária da respiração bucal.

### 3.1.2 Roteiro da segunda consulta odontológica da criança

A segunda consulta da criança deverá ser realizada no 6º mês de vida, época em que geralmente inicia o nascimento dos primeiros dentes de leite ou de acordo com a necessidade de cada criança. Deverá ser individual e agendada pelo CS, após a consulta médica ou de enfermagem do 5º mês.

Esta consulta divide-se em dois momentos:

1º momento:

- Anamnese.
- Orientações preventivas das doenças bucais para os responsáveis pela criança salientando:
  - a) Higienização bucal: demonstrar técnica de higienização bucal com o uso do creme dental em pouca quantidade (“suja” a escova) e orientação para ensinar a criança a cuspir o excesso do creme dental. Orientar quanto a erupção dos primeiros molares decíduos.
  - b) Dieta: A ingestão do açúcar deve ser controlada, fazer o uso inteligente do açúcar, onde o ideal é usar a menor quantidade e menor frequência e a consistência menos aderente possível. Salientar sobre o perigo da ocorrência de cárie rampante ou de mamadeira, e sobre a transmissibilidade da doença cárie, como pode ocorrer.

A mastigação e a sucção são reflexos de alimentação. A sucção é um reflexo inato e a mastigação é um reflexo adquirido, que depende de aprendizado. Oriente e estimule o uso da colher: frutas amassadas e alimentos passados em peneira; depois amassados com o garfo,

finalmente oferecidos em grãos ou pedaços. A introdução de alimentos sólidos deve ser feita após os seis meses, mesmo sem o aparecimento dos dentes. As terminações nervosas que acionam os músculos da mastigação estão totalmente mialinizadas aos 6 meses de idade. A criança pode então substituir o prazer de sugar pelo de mastigar alimentos.

2º momento:

- Exame clínico bucal com preenchimento da ficha clínica.
- Encaminhamentos quando necessários.

### 3.1.3 Consultas subseqüentes

As demais consultas podem ser semestrais para a criança sadia ou de acordo com a necessidade da criança para tratamento clínico e manutenção de sua saúde bucal, conforme necessidades individuais, até os 10 anos, e poderão ser oferecidas:

- a) Atendimento clínico nos Centros de Saúde para as crianças que estão fora das unidades escolares e as que necessitarem de tratamento clínico vindas das Creches, NEIS e Escolas.
- b) Nas Creches e NEIS Municipais o atendimento será coletivo e efetuado, basicamente com orientações sobre prevenção para crianças, pais, professores e encaminhamento para a CS quando necessário. Será realizado o exame clínico no início do semestre letivo, verificando as crianças de risco e com necessidade de encaminhamentos. Também serão realizadas ações educativas (palestras e atividades interativas com as crianças); técnica de escovação e escovação supervisionada com entrega de 1 escova dental para cada criança e um creme dental por sala; revelação de placa bacteriana; distribuição de desenhos educativos entre outros.
- c) Encaminhamento para Odontopediatria no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) quando houver necessidade, seguindo os critérios de encaminhamentos para a especialidade.

## 3.2 O Adolescente



Para assumir papel de relevância na sociedade, é necessário que o adolescente tenha acesso a bens e serviços que promovam sua saúde, educação e bem estar, sendo fundamental que a família e a equipe de saúde compreendam os processos da adolescência.

Cabe à equipe de saúde bucal incorporar-se aos atendimentos de grupo de adolescentes e através de linguagem apropriada para esta faixa etária divulgar os conceitos de promoção de saúde bucal tão amplamente utilizados para a nossa clientela infantil. Deve-se buscar dar sequência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com a criança e consolidar a idéia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo, lembrando a importância de estimular uma alimentação saudável, balanceada, evitando refrigerantes, chips e doces, sempre enfatizando os cuidados com a higiene bucal, e uso do flúor.

### 3.2.1 Dicas para a atenção ao adolescente:

- Captação do adolescente no CS: o acolhimento ao adolescente tem como objetivo humanizar e melhorar a qualidade do atendimento, ampliando o acesso dos adolescentes aos serviços prestados nas Unidades de Saúde, captando e estimulando essa faixa etária à promoção de sua saúde bucal;
- Será nesta fase que o indivíduo consolidará, se bem orientada, uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura;
- Surge uma oportunidade para as equipes de saúde, que tanto investiram na saúde bucal das crianças, de eliminar a solução de continuidade existente entre a infância e a vida adulta;
- Atenção especial nesta fase será o risco aumentado à doença periodontal: fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento da Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada; que se caracteriza pela destruição do periodonto de sustentação.
- Pode ocorrer gengivite gravídica nas adolescentes gestantes;
- Pode-se suspeitar ou diagnosticar as DST's pelas lesões bucais, haja vista a prática usual do sexo oral sem proteção;
- Pode-se suspeitar de anorexia / bulimia nervosa pelas erosões dentárias decorrentes de vômitos repetidos;
- As más-oclusões são acentuadas pelo crescimento sagital do crânio, que ocorre na puberdade.

### 3.2.2 Atendimento clínico nos Centros de Saúde:

- 1) Anamnese,
- 2) Exame clínico bucal (intercorrências, queixa principal, planejamento do tratamento odontológico).
- 3) Preenchimento da ficha clínica odontológica.
- 4) Orientações sobre prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor.
- 5) Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- 6) Encaminhamentos para especialidades quando necessário e controle dos retornos (referência e contra-referência).

### 3.3 Gestante

- Garantia do agendamento para tratamento odontológico da gestante que estiver realizando o pré-natal no CS, com orientações sobre prevenção de doenças bucais, exame clínico, tratamento curativo básico, profilaxia e adequação do meio bucal.
- As gestantes deverão ser agendadas para a consulta odontológica após a primeira consulta do pré-natal e o atendimento deverá ser o mais precoce possível, pois na necessidade de retornos para intervenções subseqüentes sob anestesia, estes devem ser feitos preferencialmente no segundo trimestre de gestação.
- Agendamento na maternidade para a consulta da puérpera com o Cirurgião-Dentista no Centro de Saúde próximo à sua casa.
- Garantia do atendimento odontológico da puérpera e mãe até o bebê completar 1 ano.

#### 3.3.1 Consulta da gestante:

Atendimento nos Centros de Saúde:

- 1) Anamnese: intercorrências na gravidez, queixa principal, inquérito de saúde.
- 2) Exame clínico bucal.
- 3) Preenchimento da ficha clínica odontológica, com posterior planejamento do tratamento odontológico.
- 4) Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- 5) Encaminhamentos e retornos quando necessário.
- 6) O Cirurgião-Dentista ou TSB/ASB treinados deverão atuar junto a grupos de gestantes nos CS's, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal.

3.3.2 Temas para serem abordados nos grupos de gestantes pelo Cirurgião-Dentista:

- Aleitamento materno
- Uso de bicos e chupetas
- Transmissibilidade de bactérias causadoras da doença cárie
- Início da calcificação dos dentes decíduos por volta do quarto mês de vida intra-uterina e da dentição permanente a partir do primeiro mês de vida do bebê; desta forma condições desfavoráveis durante a gestação, tais como: uso de medicamentos, carências nutricionais, infecções entre outros, podem trazer problemas na formação e mineralização dos dentes.
- Desenvolvimento do paladar do bebê na vida intra-uterina (uma dieta rica em açúcares a partir do 4º mês de gestação pode desenvolver avidez pelo açúcar no bebê).
- Orientações sobre a prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor (a suplementação com flúor não é recomendada para gestantes).
- Doenças da gengiva; alterações hormonais.

### **3.4 Adulto**

O atendimento ao paciente adulto será oferecido através da disponibilização de vagas na agenda do profissional, com atendimento nos CS's conforme fluxograma da atenção básica

descrito anteriormente. Este compreende restaurações, extrações dentárias, profilaxias, tartarectomias, procedimentos preventivos e encaminhamentos para especialidades quando necessário, realização de grupos educativos para a manutenção de saúde bucal no CS.

#### 3.4.1 Atendimento clínico nos Centros de Saúde:

1. Anamnese,
2. Exame clínico bucal (intercorrências, queixa principal, planejamento do tratamento odontológico).
3. Preenchimento da ficha clínica odontológica.
4. Orientações sobre prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor. Orientações sobre auto-exame da boca para prevenção e detecção precoce do câncer bucal.
5. Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
6. Encaminhamentos para especialidades quando necessário e controle dos retornos (referência e contra-referência).

### **3.5 Idoso**

A prevenção primária é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal do idoso (FDI, 1993) e recomendada para países em desenvolvimento. A aplicação de serviços preventivos extensivos para a comunidade e distribuição de recursos quando escassos para a prevenção e educação em lugar dos procedimentos restauradores para reduzir os níveis da doença (Rosa et al, 1993).

A autopercepção da saúde bucal e a motivação para o autocuidado são fatores importantes para minimizar estes índices.

O profissional da odontologia deve estar capacitado para entender os valores e as percepções de saúde bucal do idoso a fim de melhorar as estratégias de ações de educadores e profissionais de saúde (Strauss; Hunt, 1993).

Além do ponto de vista biológico, dentes, mucosa bucal e gengivas saudáveis, próteses bem adaptadas darão ao idoso uma maior auto-estima, boa e agradável aparência o que é de

fundamental importância para as suas relações sociais e afetivas, melhorando sua qualidade de vida, contribuindo efetivamente para a saúde deste coletivo.

### 3.5.1 Consulta do Idoso:

- Anamnese; escutar o idoso, principal queixa, preenchimento da ficha clínica do idoso; verificar se está em acompanhamento médico, patologias que o idoso possui e repercussões na cavidade bucal; hipossalivação (ver lista de medicamentos que causam hipossalivação\*); PA; quais remédios está utilizando no momento (polifarmácia).
- Exame clínico, palpação de gânglios, ATM, exames complementares; diagnóstico, plano de tratamento.
- Orientação de saúde bucal (para idosos, cuidadores, familiares): higiene bucal, prevenção de câncer de boca (auto-exame bucal, fatores de risco, lesões pré-malignas), alimentação, técnica de escovação e escovação supervisionada, limpeza das próteses, uso do flúor, autocuidado e a manutenção da sua saúde bucal.
- Interagir com o agente de saúde para detectar idosos acamados e com necessidade de atenção odontológica. Realização de visita domiciliar do agente de saúde e do cirurgião-dentista de acordo com necessidade. Tratamento e encaminhamento para o CS.
- Criação de grupos da terceira idade nos CS's que não o possuem, incluindo palestras de saúde bucal com técnica de escovação e escovação supervisionada de dentes e próteses, auto exame da boca.
- Encaminhar os fumantes para grupos de referência anti-tabagismo, pois o fumo aumenta em 5 a 7 % a doença periodontal, dificultando também sua recuperação, além de ser um dos principais fatores agressivos relacionados ao câncer bucal.

## **4 ATENDIMENTOS COLETIVOS**

O cirurgião-dentista ou TSB/ASB treinados deverão atuar junto aos grupos de atenção nas CS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal. Este grupo deverá ser priorizado para os procedimentos coletivos nas escolas (0 a 14 anos) e estimulado para sua inserção no programa de saúde da família.

As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do autocuidado intra e extra-clínica devem ser estimuladas em todas as idades visando o repasse de informações e/ou orientações sobre cuidados com a saúde bucal, estas ações podem ser realizadas dentro ou fora da Centro de Saúde.

No Centro de Saúde: Utilizar o tempo de espera dos usuários para o atendimento: atividades educativas e/ ou ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo mínimo de 10 (dez) participantes e duração mínima de 30 (trinta) minutos, desenvolvidas nas dependências da Unidade Locais de Saúde.

Nas escolas: Detectar os adolescentes em situação de risco e encaminhá-los para a CS de acordo com a necessidade, aqueles que tiverem indicação, serão referenciados para atendimento especializado (CEO), a partir da CS.

### **4.1 Normatização para os Procedimentos Coletivos**

Conjunto de procedimentos de educação em saúde e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensa equipamentos odontológicos; devem ser realizados de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir método e frequência para o acompanhamento de grupos populacionais, previamente identificados, que devem prosseguir durante todo o ano com ênfase na promoção de saúde:

1. Os procedimentos coletivos escolares deverão priorizar crianças de 0 a 10 anos nas escolas, creches e NEIS da rede pública municipal de Florianópolis, e paulatinamente expandir até os 14 anos.
2. Realizar o exame clínico para diagnóstico nas escolas no início do ano e encaminhar as crianças até 10 anos, que necessitem tratamento, para o Centro de Saúde (CS). Preencher a ficha de encaminhamento e autorização para tratamento para os pais relatando as necessidades ou não de tratamento da criança. Os pais deverão ir ao CS agendar a consulta, sem enfrentar fila.
3. Preencher no início de cada ano o Cadastro de Procedimentos Coletivos para o pedido de materiais a serem utilizados nos trabalhos com os escolares. Anexar as listagens com nome dos alunos por turma, fornecidos pelas escolas atendidas.
4. É necessário preencher a RAAC a cada atividade de grupo realizada com os nomes das crianças participantes nas atividades, número de crianças, grupo de atenção, tema, etc.
5. O Cirurgião-dentista terá disponível inicialmente dois períodos por semana na agenda para realizar as atividades coletivas nas escolas, que deverão ser programadas por turma de acordo com as necessidades das crianças.
6. Agendar palestra sobre educação em saúde bucal com pais e professores de cada unidade escolar no início do semestre.
7. Realizar atividades educativas interativas, teatros de fantoches ou palestras com álbum seriado no início de cada semestre, com linguagem apropriada a cada faixa etária, complementando as atividades com desenhos ou outras atividades lúdicas. Enfatizar temas como dieta, aleitamento materno, higiene bucal, técnica de escovação e escovação supervisionada, distribuição de folders com orientações em saúde bucal. Também enfatizar sobre os efeitos nocivos do fumo e álcool e cuidados com a exposição prolongada ao sol (conforme faixa etária que se vai trabalhar). Este repasse de informações visa o autocuidado e a manutenção da saúde para melhorar a qualidade de vida.
8. Após ensinar a técnica de escovação, realizar a entrega semestral de 1 escova dental para cada criança cadastrada nos procedimentos coletivos e 1 creme dental por sala. Enfatizar para as crianças, pais e professores o uso de pouco creme dental na escova (quantidade igual a 1 grão de ervilha) e somente utilizá-lo quando a criança souber cuspir. Realizar a escovação

supervisionada, treinando os professores para mantê-la diariamente após as refeições.

9. A escovação com fluorgel deverá ser realizada em crianças maiores de 5 anos que souberem cuspir e de acordo com a necessidade individual (risco), sempre com acompanhamento do cirurgião-dentista ou TSB. Os bochechos com solução fluoretada deverão ser realizados semanalmente, nos locais sem água de abastecimento público fluoretada e de acordo com a necessidade.
10. O Odontomóvel e equipamentos odontológicos portáteis estão disponíveis para visitas nas creches e escolas, onde as crianças poderão conhecer o consultório odontológico, ambientando-se com o mesmo. Também poderão ser realizados, no Odontomóvel, procedimentos preventivos como exame clínico, técnica de escovação e escovação supervisionada.
11. Para o desenvolvimento das atividades de grupos; gestantes, idosos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, fumantes e outros, que possam ser necessárias para atender a clientela da área de abrangência do CS, a equipe de saúde bucal deverá preencher o Cadastro de Procedimentos Coletivos, para o pedido de materiais a serem utilizados nos trabalhos. Os conteúdos abordados deverão ser pertinentes às necessidades específicas de cada grupo e encontra-se neste protocolo sugestão de assuntos a serem desenvolvidos. A periodicidade de cada grupo deverá ser definida em concordância com o planejamento das atividades do CS. Todas as atividades coletivas devem ser registradas na RAAC.

Parâmetro para as atividades coletivas nas escolas:

Cirurgião-dentista 30 horas com ASB – mínimo de 300 crianças

Cirurgião-dentista 30hs sem ASB – mínimo de 200 crianças.

Cirurgião-dentista PSF com ASB – mínimo 500 crianças

Cirurgião-dentista PSF sem ASB – mínimo de 350 crianças.

TSB/PSF incrementar as atividades com no mínimo mais 500 crianças.



## 5 SAÚDE BUCAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE

### Pronto Atendimento em Saúde Bucal

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) representam um avanço na conquista da integralidade da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). As UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar e com estas devem compor uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes que a ela acorram, intervir em sua condição clínica e contra-referenciá-los para a rede de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

Os atendimentos realizados nestas Unidades têm como objetivo garantir resposta nas 24 horas do dia aos usuários do SUS que apresentem quadro clínico agudo de natureza odontológica, proporcionando suporte às equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde. Basicamente, estes atendimentos objetivam eliminar ou manejar quadros dolorosos e/ou infecciosos assim como atender às necessidades que não podem ser adiadas, sendo voltados à queixa principal do paciente. São considerados casos de urgência a serem atendidos neste serviço:

- Processos inflamatórios e/ou infecciosos tais como, abscesso periapical e periodontal, abscesso submucoso ou subcutâneo, celulite facial, pulpites, pericoronarites, alveolites e pericementites;
- Dentes com mobilidade excessiva;
- Fratura de dentes e de restaurações em elementos anteriores ou posteriores;
- Trauma (luxações dentais, avulsões, lesões em tecidos moles da boca);
- Hemorragias;
- Miosites e desordens inflamatórias da ATM;
- Lesões em tecidos moles (lesões aftosas, lesões de origem viral ou fúngica, como as herpéticas e candidoses);

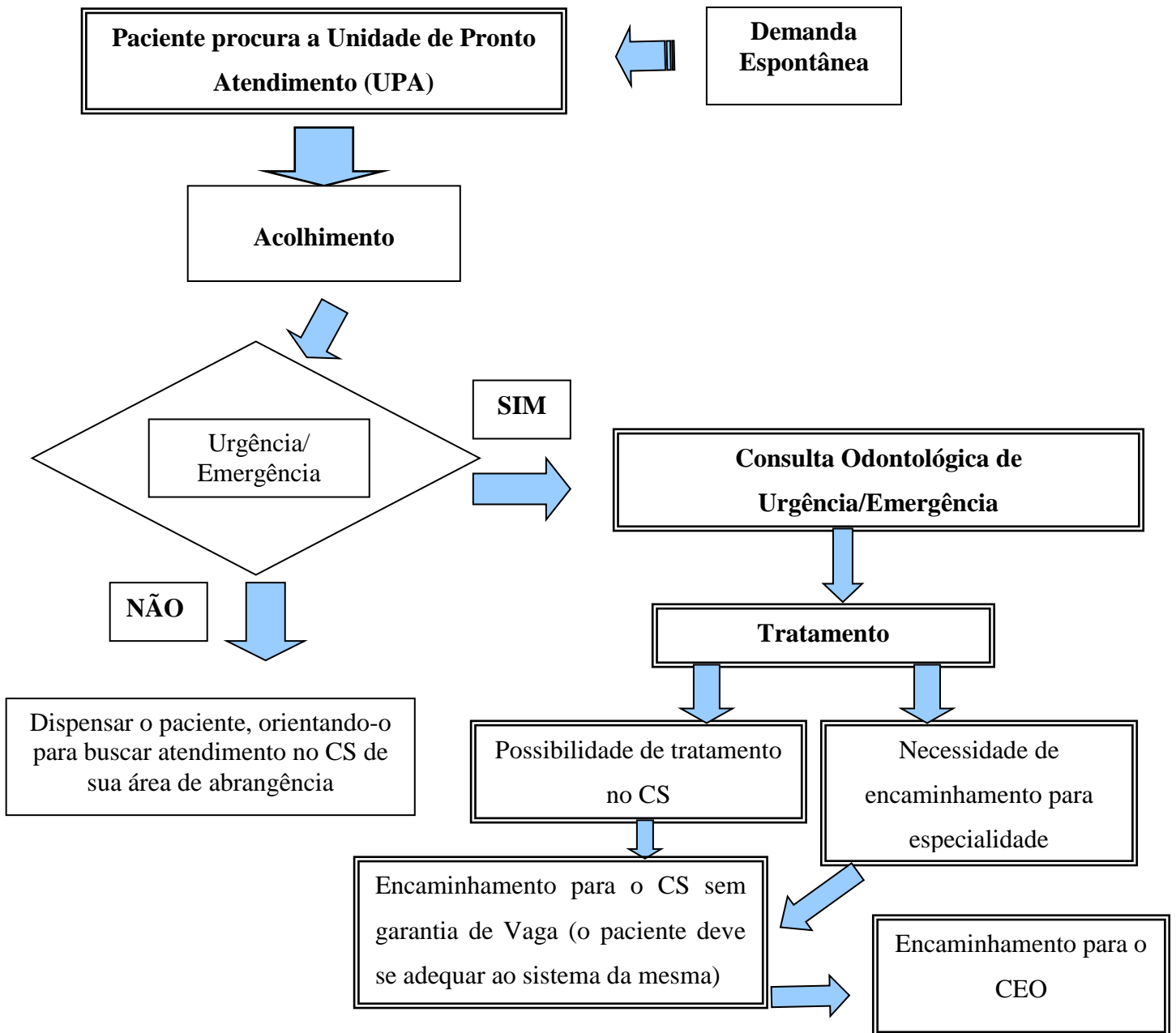
- Descimentação de peças protéticas.

Os procedimentos propostos para estas situações incluem:

- Abertura coronária, medicação intracanal e selamento dos elementos envolvidos em processos inflamatórios e/ou infecciosos;
- Raspagem e drenagem via sulco gengival em caso de processos agudos periodontais;
- Drenagem via mucosa ou cutânea de abscessos maduros;
- Contenção de dentes traumatizados;
- Sutura de lesões cortantes de mucosa;
- Obtenção de hemostasia;
- Exodontia de dentes sintomáticos, decíduos e permanentes;
- Restauração estética anterior;
- Selamento provisório de cavidades em dentes posteriores;
- Cimentação provisória de peças protéticas;
- Controle de sintomas através de prescrição de medicação via oral e parenteral.

Todo paciente acolhido deverá ser orientado a procurar o Centro de Saúde mais próximo de sua casa após o atendimento de urgência/emergência na UPA, para dar continuidade ao tratamento de que necessita. O encaminhamento do usuário ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) deverá ser realizado pelo Cirurgião-Dentista do Centro de Saúde, com exceção de casos considerados de urgência, como as lesões suspeitas de câncer bucal, por exemplo, que deverão ser encaminhados diretamente, via Sisreg.

## Fluxograma da Unidade Pronto Atendimento



## **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)**

Instituídos como Centros de Referência para atendimentos dos casos que necessitam de cuidados especializados, fazem parte do Programa Brasil Sorridente, dentro da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde.

O acesso a estes serviços se faz por meio da Atenção Primária, com encaminhamentos feitos pelos cirurgiões-dentistas dos Centros de Saúde que fazem o preparo da cavidade bucal e verificam as necessidades e possibilidades de atendimento na Atenção Secundária.

Temos organizado os atendimentos nas especialidades de endodontia, periodontia, odontologia para pacientes especiais, cirurgia buço-maxilo-facial e odontopediatria, além do diagnóstico precoce de lesões bucais com ênfase na prevenção do câncer bucal.

A marcação de consultas para as especialidades é feita através do Sistema de Regulação – Sisreg – seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, listados abaixo:

### **5.2.1 Endodontia**

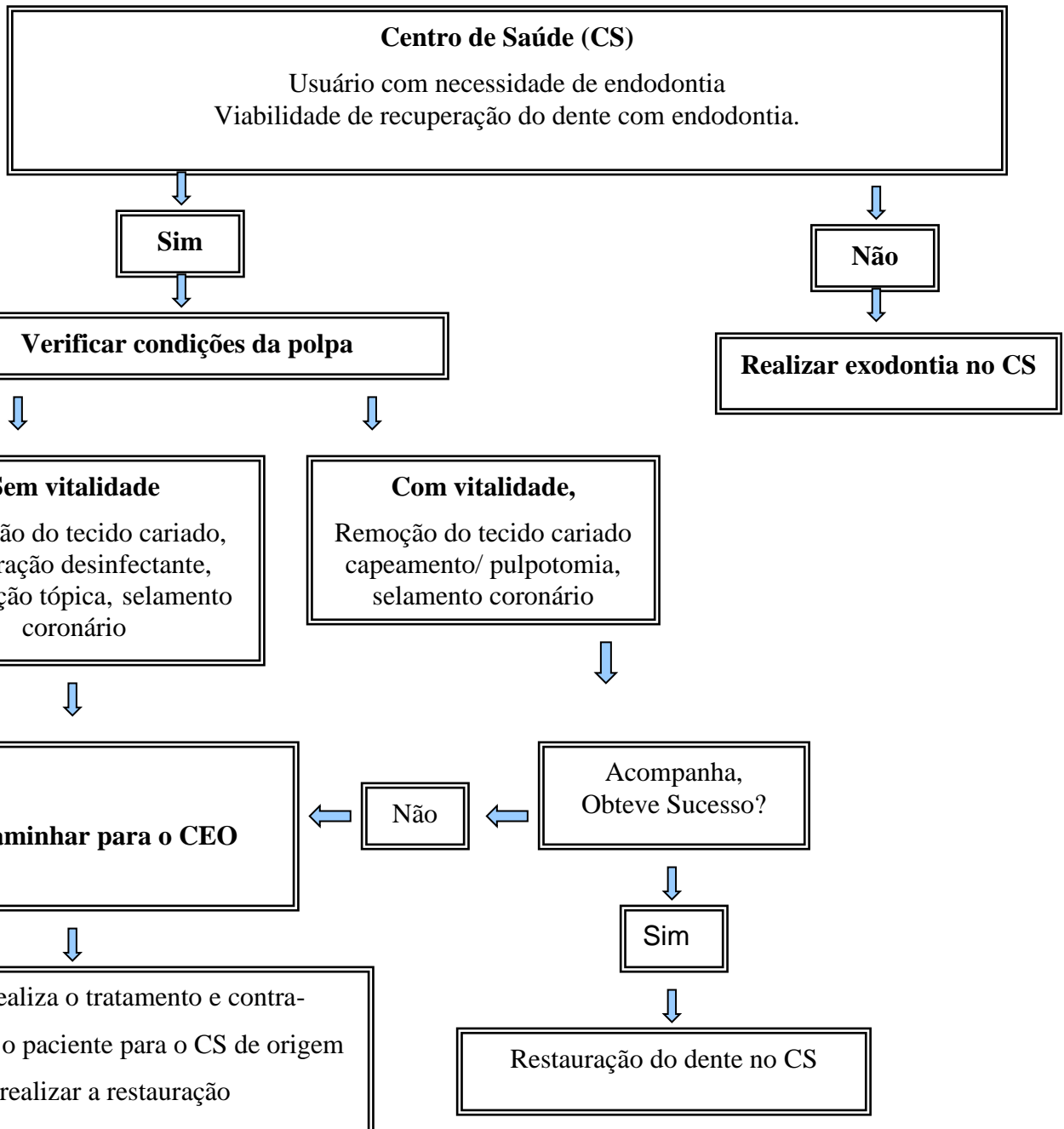
O serviço de referência irá atender dentes permanentes: mono, bi ou multiradiculares.

Critérios para encaminhamentos das Unidades de Saúde Básicas ao CEO:

- Encaminhar somente dentes permanentes. Estão contra-indicados terceiros molares, sem antagonistas, com acesso irrestrito;
- Remover toda a cárie do dente a ser tratado e verificar as condições de receber isolamento absoluto. Caso se faça necessário, encaminhar previamente para o serviço de periodontia para aumento de coroa clínica;
- Dentes com envolvimento de furca ou coroa destruída abaixo do nível ósseo são contra-indicados para o serviço;
- Quando o dente necessitar de prótese, verificar com o paciente, o seu real interesse em manter esse dente e dar prosseguimento ao tratamento;
- Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal e, se possível, medicar o paciente, antes de encaminhá-lo ao serviço especializado, para que o dente não apresente o quadro de drenagem de abscesso ou processo fistuloso, no momento do tratamento;
- Não encaminhar dentes com o periodonto severamente agravado - grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical;

- Se o dente possuir estrutura suficiente para receber uma restauração, mas, houver alguma destruição da parede em nível ósseo, encaminhar para aumento de coroa clínica, antes da endodontia;
- As emergências pós tratamento endodôntico devem ser encaminhadas ao serviço que realizou o tratamento, para que o especialista avalie a condição do processo instalado;
- Não existe a obrigatoriedade de todos os pacientes encaminhados, apresentarem tratamento odontológico concluído, porém, o paciente deve apresentar ao menos, adequação do meio bucal com remoção de focos de infecção (exodontias, IRM) e terapia periodontal básica realizada com orientações de higiene bucal.

## Fluxograma Encaminhamento para Endodontia



### 5.2.2 Periodontia

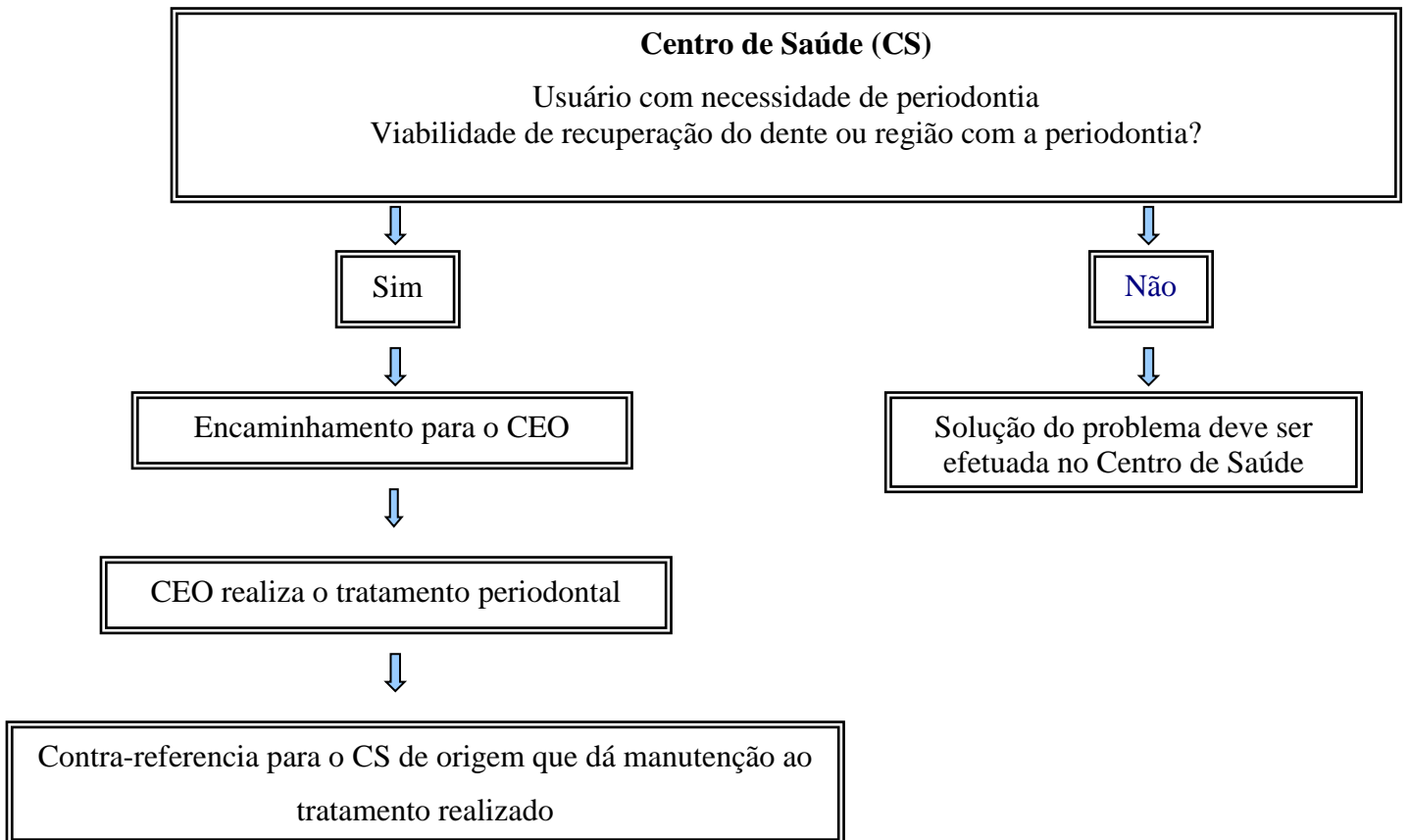
O serviço de referência irá atender:

- Tratamento não cirúrgico de periodontia avançada (com bolsas acima de 4mm);
- Cirurgia periodontal com acesso - por elemento ou por segmento com bolsas acima de 4mm;
- Cirurgia pré-protética - aumento de coroa clínica, para restaurações e próteses (dentes que apresentem fraturas ou cárie subgingival, e casos de prótese anterior ou posterior, que o paciente tenha condições de arcar com o custo da mesma);
- Frenectomia - em casos onde o freio labial é bem desenvolvido, que penetre na papila, causando diastema. Após a erupção dos incisivos superiores;
- Bridectomia - quando a sua inserção dificultar a higienização e/ou causando recessão gengival;
- Splint - não em casos de traumatismo, somente, em casos onde o paciente já passou pelo tratamento periodontal especializado;
- Cunha distal ou mesial - nos casos de bolsas com mais de 4mm, onde se verifique hiperplasia gengival que impossibilite a higienização;
- Gengivectomia e gengivoplastia - onde exista hiperplasia gengival, inclusive medicamentosa ou crateras interproximais.

A Unidade Básica deve encaminhar pacientes com:

- ✓ RAP realizada;
- ✓ Proservação deste primeiro tratamento;
- ✓ Respeitar a vontade do paciente: encaminhando somente aqueles que tenham interesse no tratamento;
- ✓ Orientações sobre higiene bucal, controle de placa e profilaxia;
- ✓ Remoção de fatores retentivos de placa (adequação do meio com ionômero ou IRM);
- ✓ Tratamento de processo periodontal agudo efetuado (drenagem de abscessos, Guna, pericoronarite . parte emergencial, prescrições terapêuticas, entre outros).
- ✓ Não encaminhar dentes condenados - mobilidade vertical, raízes residuais, extraí-los previamente para início do tratamento dos demais.

## Fluxograma Encaminhamento para Periodontia





### 5.2.3 Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

O primeiro atendimento do paciente portador de necessidade especial é sempre no Centro de Saúde e o Cirurgião-dentista que avaliará a necessidade de encaminhamento ao CEO.

Requisitos básicos para a referência:

- Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo, devem ser encaminhados para o Centro de Especialidades, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral;
- O CD do CS deverá ter solicitado a avaliação médica e encaminhar o paciente ao CEO com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente;
- Ainda que existam alguns grupos com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas unidades básicas de saúde. Quando necessário deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional.
- Pacientes com limitações motoras, deficientes visual, deficientes auditivo, deficientes de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, 3ª idade, HIV, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, não caracterizam por si só pacientes especiais e deverão ser atendidos nas unidades básicas de saúde, sempre que possível, sendo encaminhados apenas os casos que não permitam o atendimento clínico ambulatorial convencional.

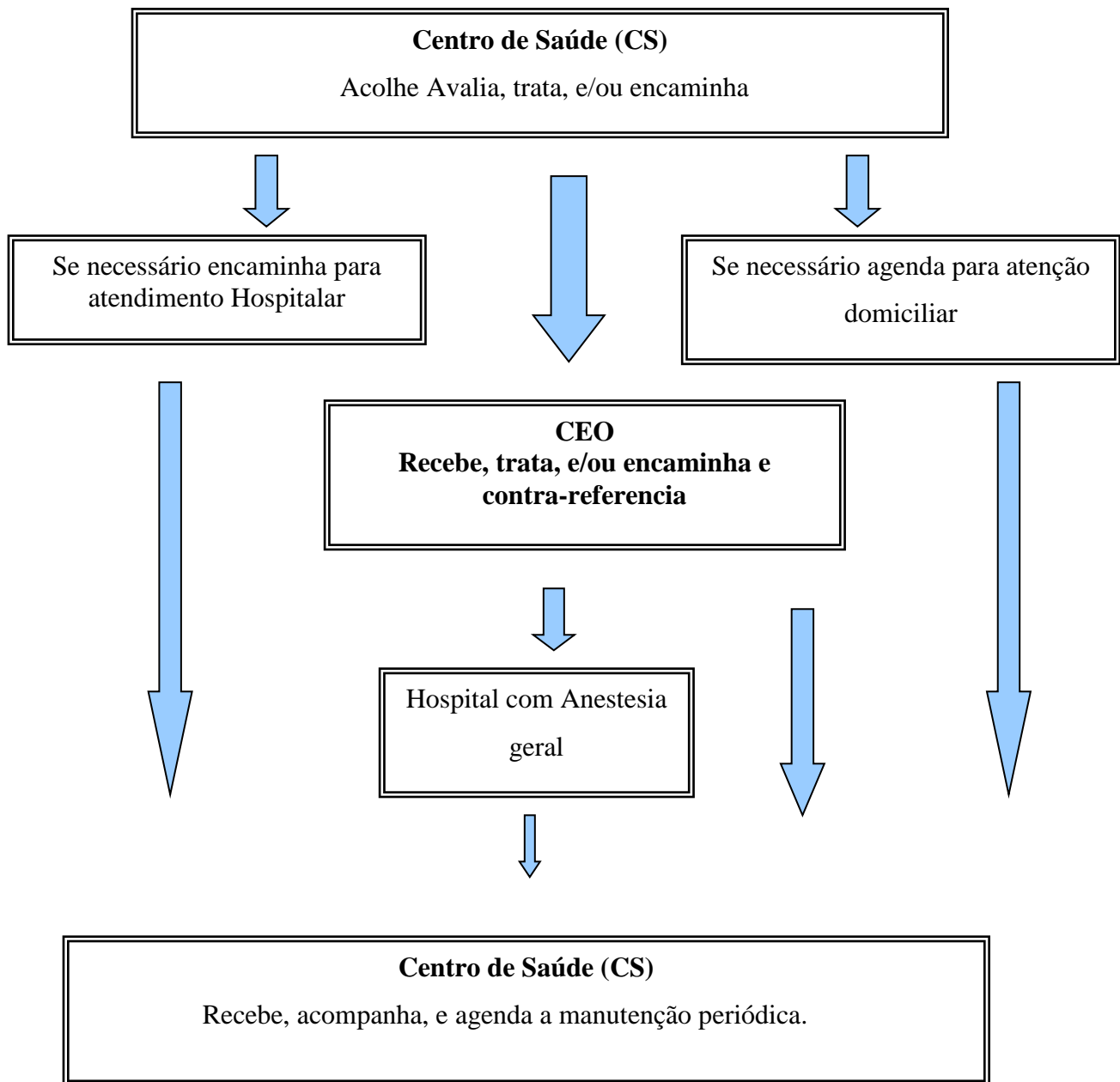
Critérios de inclusão

- Pacientes que passaram pelo Centro de Saúde, e foram avaliados pelo Cirurgião-dentista quanto a necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

- Portadores de sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico “grave” (ex.paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento no centro de saúde;
- Paciente autista;
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na unidade básica ou com Odontopediatra.
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

No formulário de referência, devem ser informadas as datas das tentativas de atendimento.

## Fluxograma encaminhamento para Pacientes Especiais



#### 5.2.4. Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Requisitos básicos para a referência:

- Cabe ao Cirurgião-dentista do CS a seleção dos casos que serão encaminhados ao especialista. De maneira geral os clínicos ficam responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das lesões que não necessitam de tratamento cirúrgico, como: herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular, etc.
- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal, incluindo remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e RAP supragengival);
- Paciente que passou por um atendimento de urgência também deve seguir os mesmos passos citados anteriormente;
- Nos casos de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente.

O serviço de referência irá atender:

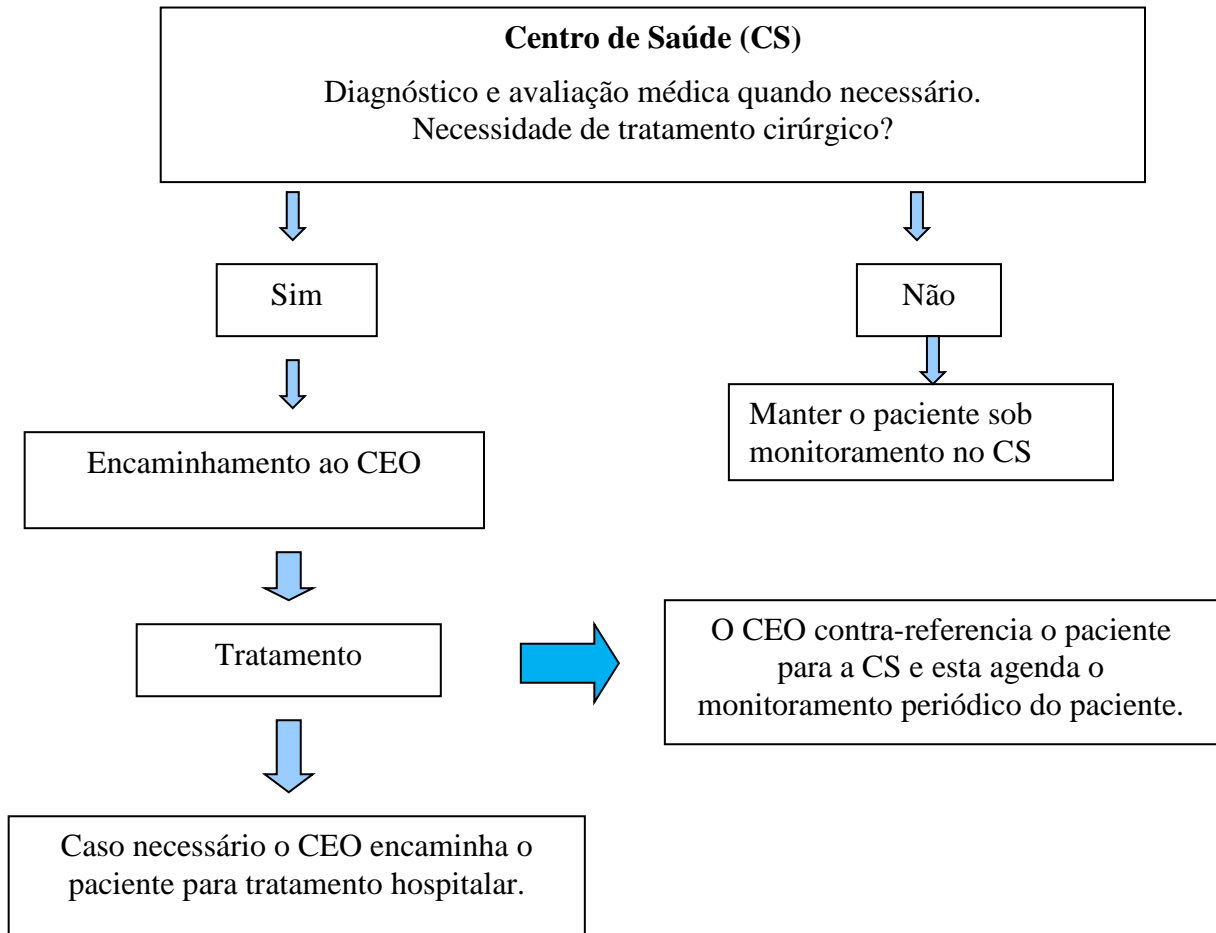
- Correção de bridas musculares;
- Correção de hiperfria de rebordo alveolar;
- Redução incruenta de luxação da ATM;
- Reimplante dental por elemento;
- Apicetomias e obturação retrógrada
- Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos – priorizar casos com sintomatologia;
- Retirada de material de síntese (fios, e arcos);
- Aprofundamento de vestíbulo por hemiarcada;
- Alveolotomia por arcada;
- Correção de tuberosidade;
- Curetagem periapical;
- Excisão de fenômenos de retenção salivar;

- Exodontia múltipla com alveoloplastia;
  - Remoção de tórus exostoses;
  - Selamento de fístula cutânea odontogênica;
  - Tratamento cirúrgico de fístula bucosinusal;
  - Biópsia de tecido da cavidade bucal;
  - Incisão e drenagem de abscesso da boca e anexos;
- \*Exceto os indicados para ambiente hospitalar.

#### Critérios de exclusão para encaminhamento de cirurgias ao CEO

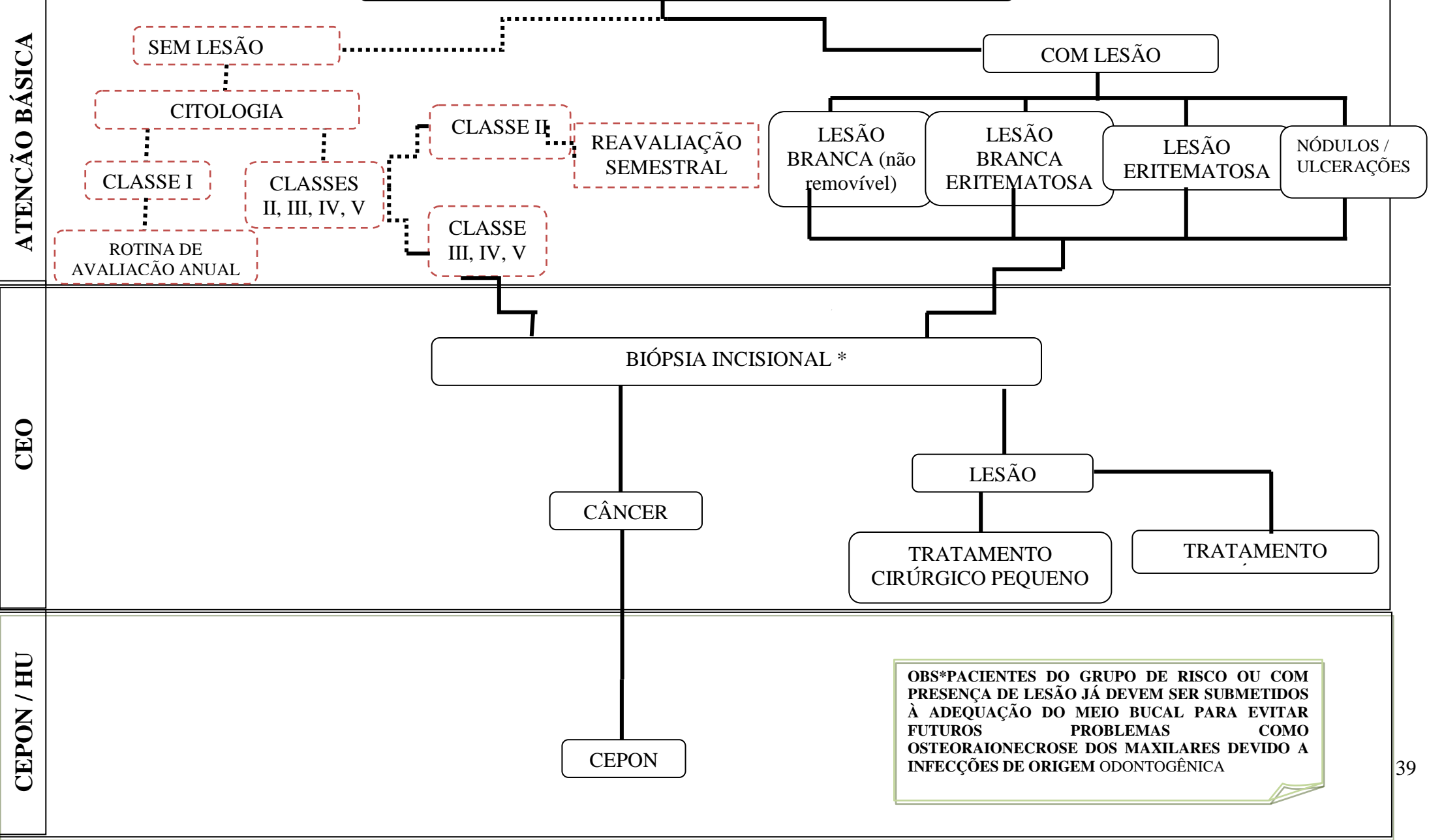
- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética)
- Raízes residuais;
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e devido tratamento possibilitem sua inclusão e encaminhamento. NA NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO COM PROFSSIONAL MÉDICO, ENCAMINHAR AO CEO APÓS A AVALIAÇÃO.
- Não serão realizados os procedimentos para ambiente hospitalar.

## Fluxograma encaminhamentos para Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.



**Fluxograma Lesões suspeitas de Câncer**

PROGRAMA DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA AO FUMANTE E/OU



OBS\*PACIENTES DO GRUPO DE RISCO OU COM PRESENÇA DE LESÃO JÁ DEVEM SER SUBMETIDOS À ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL PARA EVITAR FUTUROS PROBLEMAS COMO OSTEORRAIONECROSE DOS MAXILARES DEVIDO A INFECÇÕES DE ORIGEM ODONTOGÊNICA





### 5.2.5 Odontopediatria

Indicações para a referência:

- Endodontia de dentes decíduos: mono, ou multiradiculares;
- Pulpotomia em decíduos ou permanentes e selamento provisório;
- Colocação de coroas de policarbonato;
- Ulectomia;
- Frenectomia;
- Exodontia decíduo em pacientes com dificuldade de atendimento na CS;
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica que não cooperam com o atendimento clínico na Unidade (enviar as datas e as tentativas de tratamento a ser realizado).

### 5.3 Serviço de Radiologia

Tipos de radiografias disponíveis no serviço:

- RX periapical adulto / infantil
  - RX interproximal
  - RX oclusal
  - RX panorâmico
- E algumas técnicas periapicais especiais.

Os critérios para solicitação dos serviços radiológicos são:

- RX periapical: será liberado no máximo 06 radiografias por paciente;
- Levantamento Periapical Completo: só poderá ser solicitado pelos profissionais especialistas da Periodontia do CEO;
- Radiografias Panorâmicas: só deverão ser solicitadas quando da necessidade do encaminhamento do paciente para o CEO, especialidade Buco-Maxilo-Facial, Odontopediatria;
- As radiografias panorâmicas e as periapicais deverão ser solicitadas via Sisreg.

## **6 ORIENTAÇÕES QUANTO À TERAPIA MEDICAMENTOSA EM ODONTOLOGIA**

Estas orientações foram elaboradas baseadas na literatura clássica pertinente e pesquisas mais recentes publicadas em periódicos reconhecidos na área. Para facilitar o acesso do paciente à medicação procurou-se contemplar os medicamentos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, com base no quadro epidemiológico local, segundo REMUME 2008, RENAME 2008, Resolução no. 20/CMS/2007. Todos os medicamentos da REMUME podem ser adquiridos mediante prescrição adequada (proveniente de rede pública ou privada) e apresentação do cartão SUS, em qualquer uma das 50 farmácias da rede básica municipal, assim como os medicamentos contidos na REMECOM.

### **6.1 Considerações Iniciais**

O objetivo primário da farmacoterapia é atingir um efeito farmacológico desejado sem causar reações adversas. Como nenhum esquema terapêutico é isento de riscos, o clínico deve pesar os benefícios esperados de uma droga contra os riscos inerentes ao seu uso.

As drogas devem ser selecionadas e administradas considerando-se os fatores que podem complicar tanto a obtenção da resposta terapêutica desejada quanto ao aparecimento de reações adversas indesejáveis.

Seguem-se exemplos de drogas mais utilizadas, porém o clínico deve ser capaz de avaliar cada caso e adequar a sua indicação.

Vários fatores devem ser levados em consideração sempre que se planeja um tratamento farmacológico como:

- Peso e composição corporal;
- Idade;
- Sexo;
- Gravidez;
- Lactação;
- Fatores ambientais como a dieta;
- Fatores fisiológicos ou patológicos do paciente.

Cabe ressaltar que em odontologia a medicação tem caráter coadjuvante, isto é, a intervenção clínica é preponderante para o sucesso final do tratamento.

### **Drogas ansiolíticas.**

Diversas entidades de pesquisas tentam elucidar o fenômeno da dor. Parece consenso atual que a dor envolve mecanismos somáticos, com ativações de terminações nervosas livres e concomitantemente componentes psicológicos e comportamentais.

Em Odontologia fatores psíquicos atuam diretamente sobre o limiar de percepção da dor. O tratamento odontológico gera estresse e ansiedade, o que leva muitos pacientes a diferentes graus de ansiedade, a depender de experiências passadas.

Sabe-se que pacientes ansiosos apresentam um baixo limiar de dor, e certos quadros clínicos como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, pacientes portadores de desordens convulsivas e o paciente diabético podem ter agravado seu quadro clínico diante de uma consulta odontológica.

Devem ser utilizados métodos não farmacológicos no controle da ansiedade, como a tranquilização do paciente através de conversas, conquista da confiança profissional-paciente, minimização do tempo de espera ao atendimento, diminuição de ações inesperadas ou barulhos excessivos que podem assustar o paciente, promovendo-se um condicionamento psicológico.

O Cirurgião-Dentista usa drogas ansiolíticas primariamente na pré-medicação do paciente nervoso e apreensivo.

A farmacoterapia deve ser considerada:

- quando a ansiedade provocada por determinada situação pode comprometer o tratamento clínico
- quando os métodos não farmacológicos (verbalização e condicionamento psicológico) não adiantaram;
- em procedimentos cirúrgicos mais invasivos (extrações de dentes inclusos, drenagens de abscessos, traumas dentários e maxilofaciais, etc.);

- No atendimento a pacientes diabéticos, portadores de doenças cardiovascular, com a doença controlada. Nesses casos, entrar em contato com o médico que trata do paciente, para troca de informações.

A utilidade e eficácia de qualquer fármaco ansiolítico variam, dependendo do paciente, das circunstâncias clínicas, do comportamento de Cirurgião-Dentista e das propriedades da droga escolhida.

### 6.2.1 Benzodiazepínicos

São as drogas de primeira escolha para o controle da ansiedade na clínica odontológica.

Mais usados principalmente por serem mais eficazes e seguros que os barbitúricos para o tratamento da ansiedade. Estruturas do sistema nervoso central (SNC) apresentam sítios de ligação específicos para os benzodiazepínicos. Ao se ligarem a estes sítios estes fármacos facilitam a ação do ácido gama-aminobutírico (GABA), o neurotransmissor inibitório primário do SNC, um ansiolítico natural, produzido pelo próprio organismo.

Os efeitos farmacológicos mais importantes dos benzodiazepínicos ocorrem no sistema nervoso central, mas essas drogas podem apresentar algum efeito também sobre outros sistemas e o Cirurgião-dentista deve avaliar cada caso antes da sua indicação.

Os benzodiazepínicos apresentam baixa incidência de efeitos adversos, particularmente em tratamento de curta duração, como é usado em odontologia.

Os benzodiazepínicos, ainda proporcionam outras vantagens clínicas como redução do fluxo salivar e do reflexo de vômito, provocam relaxamento da musculatura esquelética, bem como ajudam a manter os parâmetros vitais estáveis (pressão arterial, frequência cardíaca e glicemia) em pacientes com doenças sistêmicas, podem induzir amnésia anterógrada.

A sonolência é o principal efeito colateral dos benzodiazepínicos, sendo mais comum com o uso do midazolam, que apresenta também ação hipnótica (indução ao sono fisiológico).

Mesmo quando se empregam pequenas doses de benzodiazepínicos, uma baixa porcentagem (menos de 1%) dos pacientes pode apresentar efeitos paradoxais (ou contraditórios), apresentando excitação, agitação e irritabilidade. Nestes casos a consulta deve ser adiada.

A taxa de ligação a proteínas plasmáticas para as drogas deste grupo é alta, podendo originar algumas interações medicamentosas indesejáveis. Além disso, estas drogas são altamente lipossolúveis, muitas vezes se acumulando gradualmente no tecido adiposo, principalmente em pacientes idosos e obesos, ocasionando retenção e efeito mais prolongado.

No sistema respiratório os benzodiazepínicos podem diminuir o volume de ar corrente e a frequência respiratória e devem ser usados com precaução em pacientes portadores de doença broncopulmonar obstrutiva ou com insuficiência respiratória.

O paciente deve ser lembrado:

- Não ingerir bebidas alcoólicas no período de 24h antes e 48h após a administração da droga;
- Não dirigir ou operar máquinas pesadas sob efeito da medicação;
- Trazer um acompanhante para a sessão.

Principalmente em idosos deve-se avaliar a necessidade de seu uso, pois a total eliminação da droga pode durar até 96h. O Lorazepam, utilizado nas doses de 1mg a 2mg, é um benzodiazepínico de duração intermediária e não apresenta metabólitos ativos; porém a sua indução lenta (tempo de latência), de cerca de duas horas, limita a sua aplicabilidade clínica.

A metabolização ocorre principalmente por enzimas hepáticas, e os metabólitos são então excretados pelos rins na urina. Deve ser usado com precaução em pacientes que utilizam outros fármacos que agem no SNC (anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos, barbitúricos), pelo risco de potencialização do efeito depressor. A possibilidade de efeitos teratogênicos, embora pequena, impede o uso dessa droga na paciente grávida, principalmente no primeiro trimestre.

Apenas o diazepam e o midazolam são indicados para o uso em odontopediatria. Segundo alguns autores o midazolam parece ser a droga de escolha pelo seu rápido início de ação e menor tempo de meia, quando comparados ao diazepam.

Nome genérico	Início de ação (min)	Meia-vida plasmática (h)	Duração de ação
Diazepam	45-60	20-50	Prolongada
Midazolam	30-60	1-3	Curta
Lorazepam	60-120	12-20	Intermediária

Nome genérico	Dosagem em adultos	Dosagem em idosos	Dosagem em crianças
Diazepam	5 a 10 mg	5 mg	0,2 a 0,5 mg/kg
Midazolam	7,5 a 15 mg	7,5 mg	0,3 a 0,5 mg/kg
Lorazepam	1 a 2 mg	1 mg	Não é recomendado

\*tabela adaptada livro Terapêutica medicamentosa em odontologia, Eduardo Dias de Andrade, Artes médicas, 2ª. Ed., 2006.

Medicamentos encontrados na REMUME:

Medicamento	Apresentação	Local de acesso
Diazepam	10mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port nº 344/98 – Notificação de Receita B – Lista B1)
Diazepam	5mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port nº 344/98 – Notificação de Receita B – Lista B1)

\* As Farmácias de Referência Regional estão localizadas nas seguintes unidades de saúde: Regional Centro = Centro de Saúde Trindade; Regional Leste = CS Lagoa da Conceição; Regional Continente = CS Continente; Regional Norte = Policlínica Norte e Regional Sul = Policlínica Sul.

## **Analgésicos**

A dor de origem dental é quase sempre de origem inflamatória e nesses casos a medicação é apenas coadjuvante. **Em odontologia os procedimentos de ordem local (pulpotomia, pulpectomia, drenagem, exodontia, raspagem, etc.) são essenciais para a resolução do quadro algico inflamatório.**

A dor apresenta caráter somato-sensorial de origem periférica e central, e pode ser controlada com analgésicos e antiinflamatórios de ação periférica e analgésicos opióides de ação central. Muitas vezes a associação destes dois fármacos é uma boa escolha para o controle da dor em odontologia.

### 6.3.1 Analgésicos de ação periférica

Os analgésicos de ação periférica, ou não opióides, constituem vários grupos de drogas que possuem mecanismo de ação semelhante e compartilham importantes propriedades analgésicas, antiinflamatórias e antipiréticas. São largamente prescritos porque podem ser usados por via oral, não causam depressão respiratória ou do sistema nervoso central (SNC) em doses terapêuticas e são aliviadores eficazes da dor.

Os analgésicos de ação periférica reduzem ou controlam a dor através da inibição direta dos mediadores bioquímicos da dor no local da lesão. Aqueles que melhor atendem as necessidades dentro da Odontologia são a dipirona e o paracetamol.

A dipirona ou metamizol é um derivado da pirazolona. O mecanismo de ação mais aceito é a estabilização da membrana do nociceptor impedindo a entrada dos íons cálcio. Este fármaco pode agir de duas formas, prevenindo a sensibilização dos nociceptores e deprimindo sua atividade após estar sensibilizado, sendo também eficaz no quadro da dor já instalada. Dosagens de 500 a 800 mg para adultos e 12 mg/ kg de peso corporal para crianças, com intervalos de 4 a 6 horas por tempo restrito.

O paracetamol ou acetaminofeno é um derivado do para-aminofenol. Pode ser classificado como um inibidor da ciclooxigenase (cadeia da inflamação), apesar de apresentar uma atividade antiinflamatória fraca, sendo empregado apenas como analgésico, para dor de intensidade leve a moderada. O paracetamol é hepatotóxico, seu emprego parece ser seguro quando se empregam até 4 g/

dia, em adultos. Deve-se evitar uso concomitante com outras drogas de potencial hepatotóxico como estolato de eritromicina e álcool etílico.

Embora o ácido acetil-salicílico (AAS®, Aspirina®) também seja uma opção, a quantidade de efeitos colaterais e adversos limita o seu uso, especialmente em procedimentos cirúrgicos devido à alteração do tempo de sangramento pela inibição da agregação plaquetária.

Ambos, dipirona e paracetamol, são indicados para o controle da dor pós-operatória de grau leve a moderado, isto é, são ativos contra a dor induzida, por exemplo, por exodontias simples, endodontias sem sobreinstrumentação, intervenções periodontais pouco extensas, cirurgias em tecido mole.

Tanto a dipirona quanto o paracetamol tem contra-indicações e o clínico deve estar atento. Ambos não devem ser administrados a pacientes que tenham hipersensibilidade aos mesmos ou insuficiência hepática. Além disso, a dipirona não deve ser administrada em pacientes com distúrbios hematopoiéticos (discrasias sangüíneas) ou insuficiência renal, embora não existam evidências conclusivas entre a utilização de dipirona e discrasias sangüíneas. Durante o primeiro trimestre da gravidez e em suas últimas semanas, assim como em lactentes e crianças muito pequenas a dipirona deve ser administrada somente com acompanhamento médico.



Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>
Dipirona sódica	500mg/mL solução injetável IM, IV ampola 2mL	Centros de Saúde
Dipirona sódica	500mg comprimido	Centros de Saúde
Dipirona sódica	500mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Centros de Saúde
Paracetamol	500mg comprimido	Centros de Saúde
Paracetamol	200mg/mL solução oral gotas frasco 15mL	Centros de Saúde

### 6.3.2 Analgésicos opióides

São analgésicos que atuam no sistema nervoso central (SNC). Agem por meio da ligação a receptores opióides endógenos, localizados no sistema nervoso central e também distribuídos em órgão periféricos. Atuam alterando na “percepção” da dor. Eficazes no controle da dor crônica e no controle da dor aguda de grande intensidade.

Todos os opióides compartilham, com a morfina, a capacidade de produzir analgesia, depressão respiratória, constipação e espasmo gastrointestinais e dependência física. Os opióides estimulam a zona quimiorreceptora deflagradora no bulbo e podem produzir náuseas e vômitos.

Embora os efeitos indesejáveis possam ser obstáculos ao uso dos opióides, eles inegavelmente produzem uma associação útil de efeitos desejáveis, como analgesia e sedação, e a associação de opióides com analgésicos de ação periférica pode ser uma boa opção na odontologia, pelo efeito aditivo dos dois analgésicos que agem de forma diferente.

Entre os opióides a codeína é particularmente adequada para alívio da dor em pacientes ambulatoriais.

A codeína tem significativa eficácia quando administrada por via oral, é metabolizada no fígado e excretada essencialmente na urina, principalmente em formas inativas. A dose analgésica de codeína é de 30mg a 60mg por via oral.

Deve ser enfatizado que os analgésicos opióides não apresentam ação antiinflamatória. O Cirurgião-dentista deve avaliar o paciente e a necessidade do seu uso.

Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de Acesso</b>
Codeína, fosfato	30mg comprimido	Farmácia de Referência Regional* (Port. nº344/98 – Receita Controle Especial – Lista A2)

\* As Farmácias de Referência Regional estão localizadas nas seguintes unidades de saúde: Regional Centro = Centro de Saúde Trindade; Regional Leste = CS Lagoa da Conceição; Regional Continente = CS Continente; Regional Norte = Policlínica Norte e Regional Sul = PoliclínicaSul.

#### **6.4. Antiinflamatórios**

Em odontologia a dor é quase sempre de origem inflamatória e o uso de antiinflamatórios é uma opção no seu controle. Porém, as drogas antiinflamatórias são paliativas, mas não curativas. Embora os antiinflamatórios possam aliviar completamente todos os sinais e sintomas de desconforto da inflamação, não afetam a causa ou o curso da doença.

Quadros inflamatórios agudos já instalados, como pulpite, pericementite, fraturas dentais etc., direcionam para uma rápida intervenção clínica e a terapia medicamentosa é coadjuvante.

O agente etiológico deve ser inicialmente pesquisado e eliminado.

A dor também pode se manifestar no período pós-operatório de intervenções odontológicas.

Há duas classes de antiinflamatórios: os não-esteroidais (AINES) e os corticosteróides.

##### **6.4.1 Antiinflamatórios não-esteroidais (AINES)**

Os antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) também são classificados como inibidores da ciclooxigenase (COX), capazes de impedir a formação das prostaglandinas, um potente agente indutor de hiperalgisia.

Sua potência analgésica e antiinflamatória varia de acordo com a meia vida plasmática da droga e com a dose empregada.

Atualmente sabe-se da existência de ao menos três isoformas da COX, a COX-1, COX-2, COX-3 e cada droga pode atuar de forma diferente.

A COX-1 está envolvida em processos biológicos como a proteção da mucosa gástrica, regulação da função renal e agregação plaquetária. A inibição da enzima COX1 pode causar efeitos adversos, tais como dor epigástrica, náuseas, vômitos, ulcerações, insuficiência renal, hemorragias, o que direcionou o desenvolvimento de inibidores da COX-2 (COXIBES) que seriam mais “seletivos”, pois acreditava-se que a COX 2 era diretamente relacionada com o processo inflamatório.

A concentração da COX-2 encontrada em pequenas quantidades nos tecidos é aumentada cerca de 80 vezes sob estímulos inflamatórios.

Entretanto, atualmente sabe-se que esta enzima possui um papel importante na regulação de alguns processos fisiológicos, como a regulação renal da excreção de sal, a homeostasia da pressão arterial e o controle da agregação plaquetária. Sua propriedade antiplaquetária dificultaria o desenvolvimento de trombose vascular.

O maior benefício de se minimizar as complicações gastrointestinais associadas ao uso crônico dos AINES, inibidores da COX 1 escolhendo-se um inibidor da COX-2 pode aumentar o risco de eventos cardiovasculares adversos, como infarto do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos, hipertensão arterial e falência cardíaca. Faltam estudos de longa duração em populações de baixo e alto risco que avaliam de forma adequada os eventos cardiovasculares dos inibidores da COX-2, porém alguns coxibes já foram retirados do mercado mundial.

Se o uso dos coxibes for necessário, (pacientes com úlceras gástricas diagnosticadas e com risco de sangramentos gastrointestinais), deve-se avaliar os potenciais riscos para cada paciente, discutindo com

o médico responsável os riscos benéficos. Além disso deve-se empregar a menor dose eficaz pelo menor tempo de duração possível.

Nome genérico	Ação farmacológica
Aspirina, Piroxicam, Ibuprofeno, Diclofenaco, Cetorolac, Indometacina	Inibidores não seletivos, Inibem COX1 e COX 2
Nimesulida, Meloxicam	Inibem a COX 1 e preferencialmente a COX 2
Celecoxib, Lumiracoxibe, Etoricoxib	Inibem quase que exclusivamente a COX 2

\*tabela adaptada do livro Terapêutica medicamentosa em odontologia, Eduardo Dias de Andrade, Artes médicas, 2ª. Ed., 2006

Tem-se demonstrado que a ação analgésica dos antiinflamatórios não esteróides convencionais pode ser tão eficaz quanto a ação dos inibidores seletivos da COX 2.

Em odontologia o uso de antiinflamatórios deve ser por um tempo curto, em média 3 dias. A dor pós-operatória e o edema após uma intervenção odontológica dura em média 24h a 36h, além da terapia clínica visar a remoção da causa.

Assim, é muito pouco provável que haja efeitos adversos clinicamente significativos por ocasião do uso dos inibidores da ciclooxygenase. Porém o clínico deve estar atento aos efeitos adversos destas drogas.

#### Cuidados ao uso dos AINES:

- Pacientes que tenham hipersensibilidade aos AINES;
- Úlcera péptica ativa;
- Insuficiência hepática ou renal não devem fazer uso destes fármacos;
- Deve ser levada em consideração a possibilidade de sensibilidade cruzada com o ácido acetilsalicílico e outros AINES, devendo-se evitar o uso em pacientes que relatem hipersensibilidade a quaisquer antiinflamatórios desta categoria;
- O uso concomitante com certas drogas anti-hipertensivas pode precipitar uma brusca elevação da pressão arterial sanguínea;

- Devido à possibilidade de inércia uterina e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto não se deve utilizar AINES em pacientes no último trimestre da gestação;
- Também não está indicado seu uso em lactantes;
- Estes fármacos devem ser utilizados com precaução em pacientes idosos e nos portadores de doença cardiovascular ( história de infarto do miocárdio, angina ou stents), pelo risco aumentado de trombose, especialmente em idosos;
- Deve-se também ter cuidado ao prescrever este tipo de medicação a pacientes em uso de hipoglicemiantes orais do grupo das sulfoniluréias, como a glibenclamida e clorpropamida, pelo risco potencial de hipoglicemia;
- O uso concomitante de inibidores COX com a varfarina pode potencializar o efeito anticoagulante desta droga e provocar hemorragia;
- Contra-indicado o uso de inibidores da COX2 em pacientes com uso de aspirina como antiagregante plaquetária;

Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de acesso</b>
Diclofenaco Potássico Resinato	15mg/mL solução oral gotas frasco 10mL	Centros de Saúde
Diclofenaco Sódico	25mg/mL solução injetável IM ampola 3mL	Centros de Saúde
Ibuprofeno	300mg comprimido	Centros de Saúde
Nimesulida	100mg comprimido	Centros de Saúde
Cetoprofeno	50mg/mL - solução injetável IM ampola 2mL	Unidade de Pronto Atendimento
Tenoxicam	20mg - pó liófilo IM, IV	Unidade de Pronto Atendimento, SAMU e Policlínicas

#### 6.4.2 Corticosteróides

Os corticosteróides são capazes de inibir todos os derivados do ácido araquidônico, os quais, na sua maioria, são também agentes indutores de hiperalgesia. Esta classe de antiinflamatórios é constituída por hormônios esteroidais naturais ou sintéticos.

Em doses não fisiológicas, os glicocorticóides são potentes inibidores inespecíficos da resposta inflamatória.

São amplamente utilizados para suprimir reações imunológicas indesejadas. É indicado em cirurgias de grande porte.

Doenças fúngicas sistêmicas, herpes simples ocular, doenças psicóticas, tuberculose e hipersensibilidade ao fármaco (extremamente rara) são contra-indicações absolutas ao uso dos corticóides.

Além disso, seu uso deve ser feito com precaução em gestantes, lactantes, diabéticos, hipertensos, cardiopatas, portadores de úlcera péptica, pacientes imunodeprimidos, e naqueles com infecção bacteriana aguda ou com asma brônquica.

Seu uso tópico é bem difundido na estomatologia e várias lesões ulcerativas da mucosa oral podem ser tratadas pela aplicação tópica de glicocorticóides. São obtidos alívios do sintoma e abreviação do curso clínico.

É importante para o Cirurgião-Dentista fazer um diagnóstico cuidadoso destas ulcerações antes de instituir tratamento com glicocorticóide. Não estão indicados em ulcerações herpéticas.

Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de acesso</b>
Beclometasona dipropionato	50mcg/dose spray oral frasco com 200 doses	Centros de Saúde
Beclometasona dipropionato	250mcg/dose spray oral frasco com 200 doses	Centros de Saúde
Dexametasona	0,1mg/mL colírio oftálmico frasco 5mL	Centros de Saúde
Dexametasona, acetato	1mg/g creme bisnaga 10g	Centros de Saúde
Hidrocortisona, succinato sódico	100mg pó líofilo injetável IM, IV	Centros de Saúde
Mometasona furoato	0,05mg/g spray nasal 60 atomizações	Centros de Saúde
Prednisolona, fosfato sódico	3mg/mL solução oral frasco 60mL	Centros de Saúde
Prednisona	20mg comprimido	Centros de Saúde
Prednisona	5mg comprimido	Centros de Saúde

Dexametasona 1mg/g – creme bisnaga 10g	Básico	Centros de Saúde
Dexametasona 4mg/mL + B1 50mg/mL + B6 50mg/mL + B12 2.500mcg/mL - solução injetável por ampola 2mL		Unidade de Pronto Atendimento e Policlínicas
Dexametasona, fosfato dissódico 4mg/mL - solução injetável IM, IV ampola 2,5mL		Unidade de Pronto Atendimento
Dexclorfeniramina 0,4mg/mL - solução oral frasco 100mL	Básico	Centros de Saúde
Dexclorfeniramina, maleato 2mg – comprimido	Básico	Centros de Saúde

## 6.5 Antimicrobianos

O sucesso do tratamento antimicrobiano depende de algumas variáveis que envolvem hospedeiro, as bactérias e a droga escolhida. O antibiótico ideal deveria ter ação exclusiva sobre o agente etiológico, isto é, uma substância com o máximo de especificidade, o que proporcionaria um tratamento sem efeitos tóxicos ou colaterais. No entanto um antibiótico com estas características ainda não é encontrado.

Como os antibióticos atualmente disponíveis agem de forma pouco seletiva, atingindo tanto os microorganismos patogênicos quanto a microbiota local do hospedeiro é importante que se faça uma escolha criteriosa do medicamento.

Os antibióticos na Odontologia são utilizados no tratamento de infecção odontogênica; profilaxia em pacientes com risco de desenvolver endocardite bacteriana ou outros problemas, devido à bacteremia causada por procedimentos odontológicos e como profilaxia em pacientes com o comprometimento dos mecanismos de defesa.

A eficácia no tratamento de uma infecção baseia-se na identificação dos microorganismos infectantes e na escolha do antibiótico mais específico e eficaz para aquele microorganismo.



O ideal é que se realizasse uma avaliação bacteriológica antes do início do tratamento, porém nem sempre é possível, como em casos agudos que não podem esperar os resultados destes testes.

Em odontologia a microbiota bucal é bem conhecida e a escolha do antibiótico é baseada neste conhecimento prévio dos microorganismos etiológicos habituais e do antibiótico ao qual esses microorganismos normalmente são sensíveis.

As penicilinas são os que melhor se enquadram neste conceito.

O uso indiscriminado dos antibióticos fez aumentar muito o número de espécies de microorganismo resistentes, sendo cada vez mais importante limitar o uso dos antibióticos às situações em que seja realmente indicado.

Tabela: Evolução do espectro de ação das penicilinas. (+ o antibiótico é eficaz contra o microorganismo),

(# o antibiótico é eficaz e “faz a diferença” contra o microorganismo).

<b>Microrganismo</b>	<b>Pen Natural</b>	<b>Oxacilina</b>	<b>Ampicilina / Amoxicilina</b>	<b>Amoxicilina + Clav. Ampicilina + Sulba.</b>	<b>Piperacilina + Ticarcilina</b>
<b>Pneumococo</b>	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
<b>Outr Estreptos</b>	+ ##	+	+	+	+
<b>Staphylo Aureu</b>	0	+ ##	0	+	+
<b>MRSA</b>	0	0	0	0	0
<b>Enterococos</b>	+ / -	+ / -	+ ##	+	+
<b>Meningococos</b>	+ ##	+	+	+	+
<b>Gonococos</b>	0	0	0	+ / -	+
<b>Moraxela</b>	0	0	0	+ ##	+
<b>Hemofilo</b>	0	0	0	+ ##	+
<b>Enterobactérias</b>	0	0	0	+ ##	++++ ##
<b>Pseudomonas</b>	0	0	0	0	+++ ##
<b>Espiroquetas</b>	+ ##	+	+	+	+
<b>Anaeróbios Int</b>	0	0	0	0	+
<b>Out anaeróbios</b>	+	+	+	+	+

As penicilinas são o antibiótico de primeira escolha em odontologia. Quase todas as infecções de origem dentária, com exceção daquelas de etiologia incomum, podem ser eficazmente tratadas com uma das penicilinas.

A resistência bacteriana à penicilina causada pela produção de  $\beta$ -lactamase pode ser evitada pela co-administração de um inibidor da  $\beta$ -lactamase do tipo ácido clavulânico ou sulbactam.

As penicilinas Naturais (penicilina G potássica, penicilina G procaína, penicilina G benzatina), são destruídas pelo pH estomacal e pela penicilinase sendo assim muito mal absorvidas por via oral. As vias parenterais (intramuscular ou intravenosa) permitem uma completa absorção, porém aumentam as chances de uma reação alérgica.

As penicilinas sintéticas: penicilina V, oxacilina, amoxicilina, ampicilina, piperacilina, ticarcilina.

A penicilina V tem o seu espectro de ação equivalente ao da penicilina G, porém de potência inferior. São inativadas pelo suco gástrico e de baixa absorção por via oral. Não agem contra espécies bacterianas produtoras de penicilinase.

As penicilinas semi-sintéticas de amplo espectro ampicilina e amoxicilina são as de maior interesse prático na odontologia, por não serem inativadas pelo suco gástrico podem ser administradas por via oral. A amoxicilina é a melhor absorvida por via oral atingindo níveis tissulares mais elevados. Também não atuam contra as espécies bacterianas produtoras de beta-lactamase. A associação da amoxicilina com ácido clavulânico e da ampicilina com o sulbactam aumentam o espectro antimicrobiano destas drogas sendo uma arma a mais nas infecções por bactérias produtoras de beta-lactamase.

As Cefalosporinas são usadas em menor frequência em odontologia. Nas doses habituais não são altamente efetivos para germes anaeróbios presentes nas infecções bucais. A  $\beta$ -lactamase degrada as cefalosporinas tanto quanto as penicilinas. Evoluíram em busca dos gram negativos e as mais eficazes para a odontologia são as da segunda geração, sendo menos sensíveis a ação das beta-lactamase. (vide tabela de espectro e ação)

Tabela: Evolução do espectro das cefalosporinas. (+ o antibiótico é eficaz contra o microorganismo), (# o antibiótico é eficaz e “faz a diferença” contra o microorganismo).

microrganismo	1 geração Cefalexina	2 geração Cefaclor	3 geração Ceftriaxona	3 geração Ceftazidina	4 geração Cefepima
<b>Pneumococo</b>	+ / -	+ / -	+ #	<b>0</b>	+
<b>Streptococos</b>	+	+	+	+ / -	+
<b>Staphylo Aureu</b>	+ #	+	+ / -	<b>0</b>	+
<b>MRSA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Enterococos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Meningococos</b>	+	+	+	+	+
<b>Gonococos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	+ #	+ / -	+
<b>Moraxela</b>	<b>0</b>	+ #	+	+	+
<b>Hemofilo</b>	<b>0</b>	+ #	<b>0</b>		+
<b>Enterobactéria s</b>	+ amigas - hosp	+	+ ##	+ ##	+ ###
<b>Pseudomonas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	+ #	+ ##
<b>Espiroquetas</b>	+	+	+	+	+
<b>Atípicas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Anaeróbios Int</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Anaeróbios</b>	<b>0</b>	+	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Há aumento do risco de reação alérgica às cefalosporinas se o paciente possui história de alergia à penicilina.

A eritromicina é um macrolídeo. O uso da eritromicina no tratamento das infecções de origem odontogênica é secundária ao uso da penicilina. Geralmente apresenta atividade bacteriostática contra

microorganismos sensíveis e sua ação é ligeiramente inferior à ação da penicilina. Pode ser considerado um antibiótico alternativo da penicilina G, quando esta não pode ser usada devido à alergia, em infecções leves a moderadas, monitorando-se o paciente para se observar a efetividade da medicação.

A azitromicina é da classe dos azalídeos, considerados bem próximos aos macrolídeos. É bacteriostático. Dependendo da concentração do antibiótico e da espécie bacteriana envolvida, podem exercer ação bactericida. Apresenta a propriedade de se concentrar dentro dos neutrófilos, permitindo que alcance maiores concentrações nos tecidos infectados. Meia vida biológica bastante prolongada

A clindamicina é uma Lincosamina. É muito bem absorvida por via oral e atravessa facilmente as barreiras teciduais, apresentando a propriedade de penetrar no interior dos macrófagos e leucócitos, apresentando altas concentrações em abscessos. É primariamente bacteriostática, podendo ser bactericida em altas concentrações. É distribuída principalmente no tecido ósseo, o que a indica em muitas infecções odontogênicas. É contra- indicada diante das disfunções renais e hepáticas. A reação adversa mais freqüente é a diarreia e a complicação gastrointestinal mais importante é a chamada colite pseudomembranosa.

O Metronidazol é um nitroimidazol sintético. É ativo contra bactérias obrigatoriamente anaeróbias. É quase sempre bactericida. Bem absorvido oralmente, atravessando barreiras teciduais rapidamente e em grandes concentrações, sendo bem distribuído na saliva e no fluido do sulco gengival. Está indicado no tratamento das periodontopatias como GUNA e as periodontites refratárias avançadas. Pode também ser indicado no tratamento das infecções dentais por Gram negativos em associação às penicilinas. As reações adversas mais comuns são: gosto metálico, dor estomacal, náuseas e vômitos, urina escurecida.

Os pacientes odontológicos que recebem antibiótico de amplo espectro por via oral devem ser informados da possível redução da eficácia dos contraceptivos orais durante a antibioticoterapia.

Aos pacientes alérgicos à penicilina a escolha do antibiótico recai sobre a azitromicina, clindamicina, ou a eritromicina, como segunda escolha.

Tabela: Espectro ação de demais antimicrobianos . (+ o antibiótico é eficaz contra o microorganismo),  
 (# o antibiótico é eficaz e “faz a diferença” contra o microorganismo).

<b>Microrganis mo</b>	<b>Azitromicina</b>	<b>Norfloxacina</b>	<b>Ciprofloxacina</b>	<b>Levofloxacina</b>	<b>Vancomicina Teicoplanina</b>
<b>Pneumococo</b>	+	0	+ / -	++#	+++
<b>Estreptos</b>	+	0	+ / -	+	++
<b>Staphylo Aureu</b>	0	0	+ / -	+	++
<b>MRSA</b>	0	0	+ / -	0	++ #
<b>Enterococos</b>	0	0	0	0	++
<b>Meningococ os</b>	0	0	+	+	0
<b>Gonococos</b>	0	0	+++ #	+	0
<b>Moraxela</b>	+	0	+	+	0
<b>Hemofilo</b>	+	0	+	+	0
<b>Enterobactérias</b>	0	+ comuns	++ #	+ Hosp	0
<b>Pseudomona s</b>	0	0	+	0	0
<b>Espiroqueta s</b>	0	0	+	+	0
<b>Atípicas</b>	+	0	+	+	0
<b>Anaeróbios Int</b>	0	0	0	0	0
<b>Anaeróbios</b>	0	0	0	+	0

No uso dos antibióticos é importante salientar que a dose inadequada e a duração insuficiente levam à concentração ineficaz do antibiótico no local de ação e encoraja o desenvolvimento de infecções resistentes.

A regra principal é que a cobertura antibiótica deva durar no mínimo até 48h após a remissão dos sintomas, porém alguns autores já discutem que deve ser removido assim que se terminem os sinais e sintomas da infecção. O mais importante é se ter o acompanhamento do paciente e preservação do quadro clínico.

Dose excessiva pode provocar efeitos tóxicos no hospedeiro. Em alguns casos as doses devem ser diminuídas devido a alterações hepáticas ou renais do paciente, que podem afetar a biotransformação ou excreção da droga.

Áreas com suprimento sanguíneo deficiente, como é o caso em celulites faciais extensas e áreas com tecido necrótico são de tratamento mais difícil, pois menor quantidade de antibiótico é distribuída nestas áreas. A penetração no tecido ósseo também é outro problema, nem todos os antibióticos apresentam excelente penetração no tecido ósseo.

É importante que o cirurgião-dentista compreenda que a terapêutica antibiótica é adjuvante no tratamento das infecções odontogênicas, periodontal e endodôntica, não devendo em hipótese alguma, ser utilizada como única forma de tratamento.

Quantidades consideráveis de pus, tecido necrótico, obstrução mecânica por corpo estranho requerem tratamento cirúrgico imediato, além das doses de antimicrobianos. É importante lembrar que fatores relacionados com o hospedeiro alteram a eficácia da antibioticoterapia. O estado do sistema imune, sistema de defesa do hospedeiro, sua idade, alterações na biotransformação e excreção da droga, a gravidez e suscetibilidade a respostas alérgicas devem ser avaliadas pelo cirurgião-dentista.

A decisão entre usar ou não antibióticos é norteada, via de regra, pelas condições físicas do paciente, sendo que aqueles que apresentarem disseminação local e manifestações sistêmicas da infecção (febre, taquicardia, mal-estar, etc) são candidatos à antibioticoterapia. O Cirurgião-Dentista

deve, entretanto, ter discernimento para avaliar a necessidade do emprego de antimicrobianos na prevenção ou tratamento de complicações.

O Cirurgião-Dentista não deve ser mais um agente na propagação da resistência bacteriana, devendo utilizar os antimicrobianos com economia dentro da real necessidade do paciente.

Toda a droga administrada por via oral sofre o efeito de primeira passagem, também chamado de metabolismo pré-sistêmico. Ao serem absorvidas pela mucosa intestinal, as moléculas da droga são drenadas via sistema porta-hepático (veia porta) até o fígado, onde sofrem metabolismo parcial antes mesmo de entrarem na circulação sanguínea sistêmica para sua distribuição. Este processo, muitas vezes, reduz potencialmente a concentração plasmática do medicamento que chega ao local de ação. A ingestão de drogas com grande quantidade de alimentos pode levar à maior lentidão no processo de absorção. Interações entre droga e alimento também podem ocorrer, como a inativação da tetraciclina por quelação com os íons cálcio presentes no leite e seus derivados.

Nos casos de pacientes suscetíveis a endocardite bacteriana\* é indicada profilaxia antibiótica:

- Amoxicilina 2g 1h antes do procedimento, Clindamicina 600mg ou azitromicina 500mg 1h antes, (aos alérgicos às penicilinas)

\*De acordo com o regime atualmente recomendado pela American Heart Association (Andrade, 1998)



Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento Antibacteriano</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Acesso</b>
<b>Amoxicilina 50mg/mL</b>	<b>pó para suspensão oral frasco 60mL</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Amoxicilina 500mg</b>	<b>cápsula</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Amoxicilina + Clav de K 50mg + 12,5mg/mL suspensão oral frasco 75mL</b>	<b>suspensão oral frasco 75mL</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Amoxicilina + Clavulanato de potássio 500mg + 125mg comprimido revestido</b>	<b>comprimido revestido</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Azitromicina diidratada 500mg comprimido revestido</b>	<b>comprimido revestido</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Azitromicina 40mg/mL pósuspensão oral frasco 15mL</b>	<b>pó para suspensão oral frasco 15mL</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI pó para suspensão injetável IM</b>	<b>pó para suspensão injetável IM</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Benzilpenicilina benzatina 600.000 UI</b>	<b>pó para suspensão injetável IM</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Benzilpenicilina potássica + Benzilpenicilina procaína 100.000 UI + 300.000UI</b>	<b>pó para suspensão injetável IM</b>	<b>Centros de Saúde</b>

<b>Cefalexina</b>	<b>50mg/mL pó para suspensão oral frasco 60mL</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Cefalexina</b>	<b>500mg comprimido revestido</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Ciprofloxacino, cloridrato</b>	<b>500mg comprimido</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Doxiciclina, cloridrato</b>	<b>100mg comprimido revestido</b>	<b>Farmácia de Referência Regional*</b>
<b>Eritromicina, estolato</b>	<b>500mg comprimido revestido</b>	<b>Centros de Saúde</b>
<b>Metronidazol</b>	<b>250mg comprimido revestido</b>	<b>Centros de Saúde</b>

**IMPORTANTE:**

- É importante que o Cirurgião-Dentista saiba identificar pacientes que apresentem quadro infeccioso associado a fácies toxêmica, dificuldade de deglutição, com início de quadro anginoide. Pacientes neste estado, com celulite facial difusa e com suspeita de quadro de Angina de Ludwig devem ser encaminhado para ambiente hospitalar para antibioticoterapia endovenosa e suporte clínico, lembrando-se que este quadro apresenta progressão rápida podendo evoluir para Mediastinite e morte. Celulites faciais envolvendo o espaço canino com progressão e edema periorbitário devem ser encaminhadas para avaliação do cirurgião bucomaxilofacial, em nível hospitalar, para conduta apropriada. a progressão para tromboflebite de seio cavernoso é de grande risco.
- Pacientes com diagnóstico de Actinomicose Cervico facial devem receber antibioticoterapia em altas doses e por tempo prolongado, mínimo 1 mês, com acompanhamento pelo Cirurgião Bucomaxilofacial.

- Pacientes com Osteomielite devem receber antibioticoterapia adequada, muitas vezes necessitando de administração endovenosa e acesso cirúrgico para limpeza e debridamento, necessitando de encaminhamento para o Cirurgião Bucomaxilofacial, em nível hospitalar, para adequado tratamento.

## 6.6 Anti-sépticos

Muito mais importante que a profilaxia ou terapêutica sistêmica, as medidas de ordem local são prioritárias; isto é, a correta utilização dos meios de anti-sepsia e o tratamento clínico da causa.

A prevenção de um processo infeccioso é uma condição básica para que o cirurgião obtenha sucesso na intervenção. Muito difundida hoje, a utilização de barreiras de proteção é condição obrigatória para qualquer procedimento odontológico.

Qualquer protocolo que vise prevenir infecções pós-cirúrgicas deve ser iniciado pelo cuidadoso preparo da cavidade bucal para a execução do procedimento cruento, reduzindo drasticamente a possibilidade da invasão bacteriana para dentro dos tecidos. Isso é feito por meio de procedimentos rotineiros como a raspagem supra gengival, profilaxia com taça de borracha ou pelo uso de ultra-som, adequação do meio bucal.

Além destes cuidados iniciais é necessário realizar a anti-sepsia extrabucal.

Hoje, preferencialmente, este procedimento é feito com o degermante PVPI (polivinilpirrolidona iodo) a 10% ou digluconato de clorexidina a 2% ou 4%.

A anti-sepsia intrabucal é tão ou mais importante que a extrabucal e deve ser realizada com Clorexidine a 0,2%.

Estes procedimentos visam à redução do número de microorganismos, particularmente bactérias e fungos, presentes na cavidade bucal e na derme.

A maioria absoluta das infecções é causada por microorganismos que são presentes no hospedeiro e que causam as infecções pelo desequilíbrio desta relação hospedeiro/microorganismos. Assim, se justifica o cuidado com as condições intrabucais porque o maior predisponente para as infecções

bacterianas orais é a microbiota bacteriana do próprio indivíduo. A concentração mínima do digluconato de clorexidina é 0,12%, sendo que concentrações menores falham em reduzir os estreptococos do grupo mutans na saliva (Clark & Guest, 1994). A realização de bochecho com clorexidina 0,12% com duração de um minuto reduz de 22 a 40% dos microorganismos viáveis após uma hora; e entre seis a oito horas há a volta ao número original de microorganismos (Netuschil et al, 1989, 1995), sendo utilizada para cuidados terapêuticos em periodontia e nos bochechos pós-operatórios. É importante lembrar que o uso de alguns cremes dentais é incompatível com a clorexidina e reduz seu efeito antimicrobiano, orientando ao paciente a realizar os bochechos com no mínimo 30 minutos de intervalo da escovação dentária. Os efeitos indesejáveis estão relacionados ao uso prolongado (mais de duas semanas) podendo causar manchamento dental, sabor amargo, distúrbio de paladar, erosão de mucosas e a chamada língua negra

## **6.7 Antifúngicos**

As doenças fúngicas podem tomar a forma de infecções superficiais envolvendo a pele ou mucosas ou infecções sistêmicas (profundas), envolvendo órgãos internos. Embora o tratamento de doenças sistêmicas fúngicas e virais fique mais reservado ao domínio da medicina, o cirurgião cirurgião-dentista deve ser capaz de tratar lesões localizadas e superficiais da cavidade bucal e orofaciais.

As doenças fúngicas superficiais normalmente são tratadas com drogas tópicas. Frequentemente as infecções são benignas, mas podem indicar condição clínica grave e o cirurgião-dentista deve estar atento para estes diagnósticos. Avaliar a possibilidade de Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA), anemias, imunodeficiências como leucemias e linfomas.

A nistatina é usada primariamente no tratamento das infecções por *Cândida* da mucosa. A candidíase oral também é tratada de forma eficaz com o miconazol, entretanto, não existe uma formulação específica para uso intra-oral.

Pacientes com diagnóstico de Paracoccidiodomicose devem ser encaminhados para Pneumologista para tratamento específico.

Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de acesso</b>
Clotrimazol	10mg/g creme bisnaga 20g	Centros de Saúde
Fluconazol	150mg cápsula	Centros de Saúde
Miconazol, nitrato	20mg/g creme vaginal bisnaga 80g	Centros de Saúde
Nistatina	100.000UI/mL suspensão oral frasco 50mL	Centros de Saúde

## 6.8 Antivirais

O Aciclovir é um agente potente e específico contra os vírus\_DN, que bloqueia a enzima DNA polimerase, impedindo a duplicação viral e sendo eficaz contra o herpes-vírus tipo I e 2. Tem sido usado no tratamento do herpes simples orofacial recorrente e no herpes labial. Pode ser administrado localmente ( em forma de creme). Em lesões extensas que incidem geralmente em pacientes imunossuprimidos é recomendado o uso sistêmico comprimidos de 200mg ou 400mg.

Medicamentos encontrados na REMUME:

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Local de acesso</b>
Aciclovir	200mg comprimido	Centros de Saúde
Aciclovir	50mg/g creme bisnaga 10g	Centros de Saúde

## IMPORTANTE:

- A fração do medicamento ligado às proteínas plasmáticas pode ser visto como um reservatório de droga, contribuindo para o prolongamento de seus efeitos farmacológicos.

- Condições sistêmicas que levam a hipoproteïnemia, como a idade avançada, patologias hepáticas, desnutrição, também podem alterar drasticamente a fração de drogas livres, e o ajuste da dose pode ser necessário.
- Os idosos em sua grande maioria são portadores de doenças sistêmicas, o que os torna usuários crônicos de diferentes grupos de medicamentos, fazendo as interações medicamentosas um ponto importante a ser considerado na segurança do atendimento destes pacientes.
- Algumas drogas são eliminadas através do leite, principalmente as lipossolúveis. Este fato deve ser considerado em mulheres em fase de lactação, pois existe o risco de efeitos farmacológicos indesejados no bebê.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALEXANDER RE. Dental extraction wound management: a case against medicating post-extraction sockets. *J Oral Maxillofac Surg* 2000 may; 58(5):538-51.
- ALMEIDA MAA, Barbosa R, Carvalho R. Estudo estatístico de fatores pré-disponentes da alveolite. *BCI* 1999 jan/mar; 6(1):7-10.
- ANDRADE ED. *Terapêutica medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
- BORAKS S. *Diagnóstico bucal*. 2a. ed., São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.257-308.
- CLARK DC, GUEST JL. The effectiveness of three different strengths of chlorhexidine mouthrinse. *J Can Dent Assoc*, Ottawa, 1994 Aug;60(8):711-4.
- FONTOURA, R; MEDEIROS, PJ Antibioticoterapias nas infecções Odontogênicas. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro. v.56, n.5, Set/Out.,1999.
- FEIST IS, MICHELI G, SARIAN R. Clorexidina – os prós e os contras da sua utilização em periodontia. *Rev Ass Paul Cir Dent* 1989; 43 (1): 20-23
- LARSEN PE. The effect of a chloehexidine rinse on the insidence of alveolar osteitis following the surgical removal of impacted mandibular third molars. *J. Oral Maxillofac Surg* 1991; 49: 932-7
- NETUSCHIL L, REICH E, BRECX M. Direct measurement of the bactericidal effect of chlorhexidine on human dental plaque. *J Clin Periodontol*, Copenhagen, 1989;16:484-8.
- NETUSCHIL L et al. Plaque bacteria counts and vitality during chlorhexidine, meridol and listerine mouthrinses. *Eur J Oral Sci* 1995 Dec;103(6):355-61.
- RANALI J; RAMACCIATO JC; VOLPATO MC. *Terapêutica medicamentosa em implante dental*. Caderno Farmacologia. *Implant News*. v.2, n.1, Janeiro • Fevereiro, 2005.
- RANALI J; VOLPATO MC; RAMACCIATO JC. *Sedação em implante dental*. Caderno de farmacologia, Fascículo II. *Implant News*, v.2 , n.2, Março • Abril, 2005.
- RANALI J, RAMACCIATO JC, GROppo FC, VOLPATO MC. *Controle da dor e do edema em implante dental*. Caderno de Farmacologia, Fascículo III. *Implant News*, v.2, n.3, Maio • Junho, 2005.
- RANALI J, VOLPATO MC, RAMACCIATO JC, GROppo FC, ANDRADE ED. *Uso de antimicrobianos em Implantodontia*. Caderno de farmacologia. Fascículo V. *Implant News*, v.2, n.5, Setembro • Outubro, 2005.

RANALI J, VOLPATO MC, RAMACCIATO JC, GROppo FC, ANDRADE ED. Medicação e interações medicamentosas em implante dental. Caderno de farmacologia, Fascículo VI. Implant News, v.2, n.6, Novembro • Dezembro, 2005.

OLIVEIRA, J.C. Antibióticos em Endodontia. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro. v.56, n.3, p.134-138, 1999.

Prevention of Infective Endocarditis. Guidelines From the American Heart Outcomes Research Interdisciplinary Working Group Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Association. A Guideline From the American Heart Association Rheumatic. ISSN: 1524-4539. Copyright© 2007 American Heart Association. Print ISSN: 0009-7322. Circulation is published by the American Heart Association. 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX. Apr 19, 2007.

SALLUM, W.; JUNIOR, F.H.; TOLEDO, S. et al. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro. v.53, n.1, p.11-14, 1996.

YAGIELA, J.; NEIDLE, E. Farmacologia e Terapêutica para Cirurgião-cirurgiões-dentistas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 4 ed. 2000.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B. C. Farmacologia Clínica para Cirurgião-cirurgiões-dentistas. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2 ed. 1999.

ALALUUSA; RENKONEN, O. V., Streptococcus mutans establishment and dental caries experiences in children from 2 to 7 years old. Scand J. Dent. Res, V. 91, P. 453-57, 1983.

BACK, J C V. Condição bucal da criança e sua relação com o estado nutricional. Dissertação de mestrado de Saúde Bucal Coletiva na UFSC. Florianópolis, 2003.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de atenção básica,17, saúde bucal; Brasília,2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. 2001.

CARDOSO; SANTO; SOUZA; BARBOSA; Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. Ver. Baiana Saúde Pública 2002; v. 26, p. 94-8, 2002.

CARVALHO, G.D.A. A amamentação sob a visão funcional e clínica da odontologia. Rev. Secretários de Saúde, Ano II, nº 18, p.12-3, 1995.

CARVALHO, G.D.A. A Síndrome do respirador bucal ou insuficiente respirador nasal. Rev. Secretários de Saúde, Ano II, nº 18, p.22-4, 1996.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis', Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de saúde pública, v. 18 suppl. Rio de Janeiro 2002.

CURITIBA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo de Atenção à saúde do adolescente. Curitiba, SMS, 2006.

CURITIBA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo integrado de saúde bucal de Curitiba, SMS, 2004

DUCCI, LUCIANO, GEVAERD, SYLVIO P., MOYSÉS, SAMUEL J., SILVEIRA, ANTONIO D.F. SIMÃO, MARIÂNGELA G.. Os Dizeres da Boca em Curitiba. CEBES, 2002.

FDI, 1993. Necessidades de Salud bucal del anciano. FDI Dental Worldt Z: 13-15.

FLORIANÓPOLIS, Normatização da criança, 2000

FLORIANÓPOLIS, Normatização da mulher, 1999

FRAZÃO, SCHINEIDER, F. DA. Integração ensino-serviços: avaliação de estágio de Odontologia em Saúde Coletiva. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva 2001; v.2 p. 53-59.

FREITAS, S.F.T. História Social da Cárie. Bauru: Edusc, 2001

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde, Coordenação de Programas de Controle do Câncer, Divisão de Educação. Manual de Detecção de Lesões Suspeitas. 1996.

KRIGER, LÉO E COLS. ABOPREV . Promoção de Saúde. São Paulo : Editora Artes Médicas, 2003.

MATOS, M.S. de. Uma releitura do documento base da III Conferência Municipal de Saúde Bucal: "Acesso e qualidade, superando a exclusão social. Abertura da Conferência. Salvador, Bahia. 2004.

MOYSÈS, S.J. O conceito de promoção de saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Krieger, L. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

MS (Ministério da Saúde), 2000. Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da família. Brasília: Coordenação da Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, MS.

OLEINISKI, J.C.; OLEINISKI, D. M. B. ; Protocolo clínico de Odontogeriatría.

OPPERMANN, R.V. A cárie como um processo saúde-doença. In: KRAMER, P. F. et al. Promoção de saúde bucal em odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 1-12.

PEREIRA, A C. et al. Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde, Ed. Artmed, 2003.

PINTO, V.G. 2001

Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde Bucal na terceira idade. Ver. Gaúcha Odontol. 1993; 41: 97-102.

SILVEIRA FILHO A.D.A. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. Área técnica de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, BRASI, 2002.

STRAUSS, R. P. ; HUNT R. J. Understanding the value of teeth to older adults. Influences on the quality of life Journal of the American Dental Association p. 27.105-110.

TOMITA, N. E. ET AL. Prevalência DE cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creche: importância dos fatores socioeconômicos. Re. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n.5. p. 413-420, 1996.

VIANA, A L. D. & Dal POZ, M.R., 1998. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, 8:12-48.

Walter, L. R. Otologia aplicada ao primeiro ano de vida, manual de orientação e procedimentos destinado para profissionais da área de odontologia. Londrina: Convênio UEL-FINEP:p.7,1990.

WEYNE, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para às novas gerações. In: KRIGER, L. (coord). ABOPREV: promoção de saúde bucal. 3 ed. São Paulo. Artes Médicas, p.1-23. 2003.

ZOBOLI, MARTINS, FORTES, o Programa de saúde da família na busca da Humanização e da ética na Atenção à Saúde. Disponível em [http:// www.Acesso em 29/03/05 2001](http://www.Acesso em 29/03/05 2001)).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.922**, de 02 de dezembro de 2008. Brasília, 2008.

**Anexos:**

**A. Cadastro para Procedimentos Coletivos – SMS/ Florianópolis - 2010**

**B. Leis**



## PROCEDIMENTOS COLETIVOS EM SAÚDE BUCAL

### FICHA PARA CADASTRO DE ESCOLAS, GRUPOS E RELATÓRIOS

**Centro de Saúde:** \_\_\_\_\_

**Cirurgião-Dentista:** \_\_\_\_\_

**ASB:** \_\_\_\_\_ S/ ASB ( )

**Agentes de Saúde envolvidos as escolas de sua área:** ( ) Sim ( ) Não **Quantos:** \_\_\_\_\_

**1. Escola:** \_\_\_\_\_

Séries nas quais desenvolverá as ações: \_\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário que irá na escola: \_\_\_\_\_

**Nº de alunos cadastrados no 1º semestre de 2010** \_\_\_\_\_

Ações que efetuará e freqüência a ser realizada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Escola:** \_\_\_\_\_

Séries nas quais desenvolverá as ações: \_\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário que irá na escola: \_\_\_\_\_

**Nº de alunos cadastrados no 1º semestre de 2010** \_\_\_\_\_

Ações que efetuará e frequência a ser realizada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Escola:** \_\_\_\_\_

Séries nas quais desenvolverá as ações: \_\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário que irá na escola: \_\_\_\_\_

**Nº de alunos cadastrados no 1º semestre de 2010** \_\_\_\_\_

Ações que efetuará e frequência a ser realizada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Escola:** \_\_\_\_\_

Séries nas quais desenvolverá as ações: \_\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário que irá na escola: \_\_\_\_\_

**Nº de alunos cadastrados no 1º semestre de 2010** \_\_\_\_\_

**Ações que efetuará e frequência a ser realizada:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Escola:** \_\_\_\_\_

Séries nas quais desenvolverá as ações: \_\_\_\_\_

Dia da semana: \_\_\_\_\_ Horário que irá na escola: \_\_\_\_\_

**Nº de alunos cadastrados no 1º semestre de 2010** \_\_\_\_\_

Ações que efetuará e frequência a ser realizada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. GRUPOS:** de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, ou fumantes:

**6.1 Tipo de grupo que participará** \_\_\_\_\_

**Frequência do grupo no Centro de Saúde** \_\_\_\_\_

**Média de participantes** \_\_\_\_\_

**6.2 Tipo de grupo que participará** \_\_\_\_\_

**Frequência do grupo no Centro de Saúde** \_\_\_\_\_

**Média de participantes** \_\_\_\_\_

**Quantificar abaixo as escovas e folders e outros materiais que necessitará para participar dos grupos descritos acima.**

OBS: Enviar listagens com o nome dos alunos assim que a escola disponibilizar. Encaminhar para a Departamento de Saúde Bucal. Necessitamos das mesmas para que os relatórios dos Procedimentos Coletivos (PC) sejam preenchidos com n°de alunos e cadastrados.

Códigos dos Procedimentos Coletivos

03011011 - Procedimentos Coletivos Educativos

03011046 – Ações Coletivas de Aplicação de Flúor

03011038 – Ações Coletivas de Bochecho com Flúor

03011020 – Ações Coletivas de Escovação dental supervisionada

03011054 – Ações coletiva Ex. bucal c/ finalidade epidemiológica

Lembramos que cada procedimento realizado é uma folha nova de RAAC.

---

## **B. Leis**

### **LEI Nº 6.050 DE 24 DE MAIO DE 1974**

Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os projetos destinados à construção ou à ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, onde haja estação de tratamento, devem incluir previsões e planos relativos à fluoretação da água, de acordo com os requisitos e para os fins estabelecidos no regulamento desta Lei.

Parágrafo único. A regulamentação, de que trata este artigo, disciplinará a aplicação de fluoretação, tendo em vista, entre outras condições específicas, o teor natural de flúor já existente e a necessária viabilidade econômico-financeira da medida.

Art. 2º A captação de recursos para a aquisição do equipamento e dos produtos necessários à fluoretação poderá ser feita mediante financiamento concedido por estabelecimentos de créditos oficiais, de acordo com as exigências aplicáveis.

Art. 3º Esta Lei entrará em vigor no prazo de 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 24 de maio de 1974; 153º da Independência e 86º da República.

ERNESTO GEISEL

Paulo de Almeida Machado

## **LEI Nº 4338**

### **INSTITUI O PROGRAMA DENTAL DIÁRIO NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO.**

Faço saber a todos os habitantes do Município de Florianópolis que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica instituído o Programa de Escovação Dental Diária para os alunos da Rede Municipal de Ensino nos cursos de Pré-Escola e do 1º Grau.

Art. 2º - A programação, implantação e supervisão do objeto da presente Lei ficará a cargo da Secretaria Municipal da Saúde, a qual incumbirá:

I - Utilizar-se dos meios necessários para corretamente informar às Escolas sobre a maneira adequada de efetuar a escovação dental com dentifrício fluoretado;

II - Criar nas Escolas, caso necessário, locais adequados para que o estudante possa efetuar a correta escovação mencionada no artigo 1º da presente Lei;

III - O fornecimento às Escolas de todo o material necessário para a escovação dental diária com dentifrício fluoretado;

IV - Fiscalizar mensalmente junto as Escolas se os alunos estão efetuando corretamente a escovação mencionada no artigo 1º desta Lei.

Art. 3º - Fica o Chefe do Poder Executivo autorizado a regulamentar a presente Lei no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir do ano letivo de 1994.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Paço Municipal em Florianópolis, aos 16 de março de 1994.

**SÉRGIO JOSÉ GRANDO**

Prefeito Municipal



**LEI Nº 5305/98**

**DISPÕE SOBRE A OBRIGATORIEDADE DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL ENSINAR NOÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE E SAÚDE BUCAL.**

Faço saber a todos os habitantes do Município que a Câmara de Vereadores aprovou e eu, Prefeita Municipal, sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Os estabelecimentos de ensino integrantes da Rede Pública Municipal ministrarão, obrigatoriamente, o ensino de noções básicas de higiene e saúde bucal, em aulas teóricas e práticas.

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará a presente Lei, no prazo de 60 (sessenta) dias podendo celebrar convênios para a execução dos objetivos constantes no art. 1º desta Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal, em Florianópolis aos 23 de junho de 1998.

ANGELA REGINA HEINZEN AMIN HELOU  
PREFEITA MUNICIPAL

**LEI Nº 5853**, de 04 de junho de 2001

**DISPÕE SOBRE OS CRITÉRIOS DE CONCESSÃO DE SERVIÇOS DE LANCHES E BEBIDAS, NAS UNIDADES EDUCACIONAIS, LOCALIZADAS NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.**

Faço saber a todos os habitantes do Município de Florianópolis, que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei,

Art. 1º - Os serviços de lanches e bebidas, nas unidades educacionais públicas e privadas que atendem a educação básica, localizada no Município de Florianópolis, deverão obedecer os padrões de qualidade nutricional, indispensáveis ao escolar.

Art. 2º - Fica permitida a comercialização dos seguintes alimentos nos serviços de lanches e bebidas das escolas:

- a) Cachorro Quente;
- b) Bolachas e Biscoitos;
- c) Sanduíches;
- d) Sucos naturais e/ou concentrados;
- e) Achocolatados;
- f) Salgados assados;
- g) Bebidas láctea e iogurte;
- h) Pipoca (milho);
- i) Bolo simples;
- j) Frutas.

§ Único - Fica expressamente proibida a comercialização dos seguintes alimentos e bebidas:

- a) Bebidas alcoólicas;
- b) Balas, pirulitos e gomas de mascar;
- c) Refrigerantes e sucos artificiais;
- d) Salgadinhos industrializados;
- e) Salgados fritos;
- f) Pipocas industrializadas.

Art. 3º - O proprietário de cantina deverá prever assessoria de profissional nutricionista, com o objetivo de garantir a qualidade higiênico-sanitário e nutricional dos produtos comercializados nestes estabelecimentos, com orientação e fiscalização da Vigilância Sanitária Municipal.

Art. 4º - Deverá existir em local próprio e visível, um mural, medindo no mínimo 1 m X 1 m, para divulgação e informações e Caráter Educacional, sobre assuntos ligados à área de nutrição e alimentação.

Art. 5º - Os estabelecimentos de comercialização de alimentos só poderão funcionar mediante alvará sanitário, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social.

Art. 6º - A abertura de novos estabelecimentos de comercialização de alimentos, só poderá ocorrer dentro dos critérios estabelecidos.

Art. 7º - Os estabelecimentos de comercialização de alimentos, já existentes, terão o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para se adequarem à legislação.

Art. 8º - O não cumprimento dos critérios estabelecidos na presente Lei, acarretará a aplicação de sanções previstas pela Vigilância Sanitária Municipal.

Art. 9º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, aos 04 de junho de 2001

ANGELA REGINA HEINZEN AMIN HELOU  
PREFEITA MUNICIPAL