



URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CLÍNICO-CIRÚRGICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Organizadores

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Lêda Lima da Silva

Luiz Fernando Varrone


Thiago Brito Xavier

Apoio

SECRETARIA
DA SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO





**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CLÍNICO-CIRÚRGICA ODONTOLÓGICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CLÍNICO-CIRÚRGICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ORGANIZADORES

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Lêda Lima da Silva

Luiz Fernando Varrone

Thiago Brito Xavier

AUTORES

Amanda Nyanne da Costa Lustosa

Ana Paula Aparecida dos Santos Varela

Anderson Bentes de Lima

Ariane Alexandre de Moraes Arraes

Danillo Cruz Mousinho

Douglas da Silva Rodrigues

Felipe Nepomuceno Dionízio Cavalcanti

Hárinna Carla Oliveira da Silva

Jéssica Guimarães Dias

Kátia Simone Kietzer

Maria Angélica Carneiro da Cunha

Mariseth Carvalho de Andrade

Marcus Vinicius Henriques Brito

Priscila Xavier de Araújo

Rennan Adonis Pinheiro da Silva

Roberto Rejiro Yamashita

Romário Versailles Silva Costa

Thiago Cardoso Vianna

Secretaria de Estado da Saúde

Palmas, Tocantins

2022



Creative Commons "by-nc-sa" licenses

O conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença CC Atribuição 4.0.

Obs: Ao clicar no número de páginas retorna ao Sumário

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS

Wanderlei Barbosa

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Afonso Piva de Santana

Organizadores: Allyne Wanderley Lima, Mauro de Souza Pantoja, Lêda Lima da Silva, Luiz Fernando Varrone e Thiago Brito Xavier.

Autores: Allyne Wanderley Lima, Amanda Nayanne da Costa Lustosa, Ana Paula Aparecida dos Santos Varela, Anderson Bentes de Lima, Arianne Alexandre de Moraes Arraes, Danilo Cruz Mousinho, Douglas da Silva Rodrigues, Felipe Nepomuceno Dionízio Cavalcanti, Hárinna Carla Oliveira da Silva, Jéssica Guimarães Dias, Kátia Simone Kietzer, Lêda Lima da Silva, Marcus Vinicius Henriques Brito, Maria Angélica Carneiro da Cunha, Mariseth Carvalho de Andrade, Mauro de Souza Pantoja, Priscila Xavier de Araújo, Rennan Adonis Pinheiro da Silva, Roberto Reijiro Yamashita, Romário Versailles Silva Costa, Thiago Brito Xavier e Thiago Cardoso Vianna.

Correção Ortográfica: Raimunda Maciel Botelho.

Revisão: Os autores.

Edição e Normalização: Marcelo Diniz / Etsus-SES/TO.

Capa e Diagramação: Walisson Fernandes Rabelo / Etsus-SES/TO.

Apoio: Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins e Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes (ETSUS-TO).

Dados da Catalogação *Anglo-American Cataloguing Rules – AACR2*

U75

Urgência e emergência clínico-cirúrgica odontológica na atenção primária [*recurso eletrônico*]. / Organizadores: Allyne Wanderley Lima ... [*et al.*]. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. 184 f.; il. Color.

Pesquisa do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional Cirurgia e Pesquisa Experimental - CIPE / CAPES / Universidade do Estado do Pará - UEPA.

Apoio Etsus / SES-TO

ISBN 978-65-87830-18-6

1. Odontologia – Urgência. 2. Odontologia – Emergência. 3. Assistência Odontológica Integral. 4. Odontologia - Atenção à saúde. I. Lima, Allyne Wanderley.

CDD 617.6026

CDU 616.314-083.98

NLM WU 29.3

Elaborada por *Marcelo Diniz* - CRB 2/1533. Biblioteca Etsus. [Resolução CFB nº 184, de 29 de setembro de 2017.](#)

COMO REFERENCIAR ESTE DOCUMENTO DE ACORDO COM A ABNT NBR 6023/2018

Documento no todo:

LIMA, Allyne Wanderley *et al.* (org.). **Urgência e emergência clínico-cirúrgica odontológica na atenção primária**. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

ou

LIMA, Allyne Wanderley; PANTOJA, Mauro de Souza; SILVA, Lêda Lima da; VARRONE, Luiz Fernando; XAVIER, Thiago Brito (org.). **Urgência e emergência clínico-cirúrgica odontológica na atenção primária**. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

(Capítulo) Parte do Documento de 1 a 3 autores:

SOBRENOME, Nome; SOBRENOME, Nome. Título do capítulo.
In: LIMA, Allyne Wanderley *et al.* (org.). **Urgência e emergência clínico-cirúrgica odontológica na atenção primária**. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. p. X-XX

(capítulo) Parte do Documento com mais de 3 autores (ou usar todos os autores e organizadores):

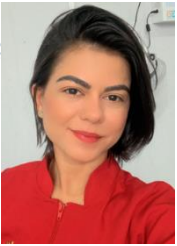
SOBRENOME, Nome et al. *In:* LIMA, Allyne Wanderley *et al.* (org.). **Urgência e emergência clínico-cirúrgica odontológica na atenção primária**. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. p. X-XX.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e por todas as oportunidades proporcionadas a mim, sempre me conduzindo pelo melhor caminho, sem Ele nada sou. Agradeço também a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a confecção deste ebook, me aconselhando, apoiando e ajudando. Agradeço também, toda equipe de saúde bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO) e a Escola Tocantinense do Sistema único de Saúde Dr. Gismar Gomes (ETSUS) pela disponibilidade de parceria com esta obra. Por fim, agradeço especialmente ao mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE/UEPA), por abrir minha mente, mostrando que posso ir sempre além. Espero que o conteúdo presente neste *ebook*, sirva para todas as equipes de saúde bucal da atenção primária e demais profissionais, para que possam usá-lo sanando dúvidas frequentes encontradas na prática clínica cotidiana. Espero também, que esta obra inspire colegas de profissão a desenvolver trabalhos que melhorem cada vez mais o nosso atendimento clínico, tornando-o cada vez mais certo e humanizado.

Allyne Wanderley Lima

ORGANIZADORES



Allyne Wanderley Lima

Graduação em Odontologia, pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional-TO (UNITPAC). Especialista em Saúde Pública, pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Aperfeiçoamento estético com soluções diretas e indiretas, pelo Instituto de Pesquisa e Ensino do Tocantins (IPE). Aperfeiçoamento em instrumentação rotatória e recíproca de canais radiculares (ENDOLORDS). Mestranda do Mestrado Profissional de Cirurgia e Pesquisa Experimental (CIPE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Pós Graduada em Implantodontia e Periodontia pelo Instituto Odontológico das Américas (IOA). Atualmente é servidora pública no Município de Colinas - TO.



Mauro de Souza Pantoja

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA), mestre em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e doutor em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Atualmente é coordenador clínico - Nutrir Prestadora de Serviços Médicos Ltda. e Coordenador da EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional) e Professor Adjunto IV da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia. Especialista em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral. Especialista em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo GANEP/Anhembí Morumbi. Docente Permanente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA).



Lêda Lima da Silva

Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Possui Residência Médica em Pediatria e Neonatologia, pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP). Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Atualmente é médica Neonatologista e preceptora da Residência Médica em Neonatologia da FSCMP; docente Efetiva da Universidade do Estado do Pará (UEPA), atuando no Internato, no Eixo de Saúde da Criança; professora convidada do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da UEPA (Mestrado CIPE-UEPA); e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (Doutorado ESA- UEPA). Membro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).



Luiz Fernando Varrone

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Marília (1992), Curso de Especialização em Endodontia pela ABO-TO, Associação Brasileira de Odontologia - Seção Tocantins (2003) e Mestrado em Odontologia, Área de Concentração: Endodontia pela UNITAU, Universidade de Taubaté. Atualmente é funcionário público concursado da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, lotado na Diretoria de Atenção Primária, responsável pela Área Técnica de Saúde Bucal. Foi presidente da ABO Nacional, Associação Brasileira de Odontologia, por 6 anos, professor assistente do Curso de Especialização em Endodontia e professor coordenador do Curso de Atualização em Endodontia da ABO-TO, Associação Brasileira de Odontologia - Seção Tocantins, atuando principalmente nos seguintes temas: endodontia, localizador apical eletrônico, medicação intracanal, odontometria e instrumentação.



Thiago Brito Xavier

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em CTBMF pela Residência de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HUIBB. Especialista em Acupuntura e Medicina Chinesa pela Faculdade Inspirar. Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). Doutor em Estomatologia pela (UNICAMP) - PIRACICABA/SP. Professor da Residência de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB). Professor do Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor realizado no HUIBB. Cirurgião Bucomaxilofacial da Força Aérea Brasileira (FAB).

AUTORES

Amanda Nyanne da Costa Lustosa

Graduação em Odontologia pelo Centro Universitário Presidente Antônio Carlos - UNITPAC. Residência em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo CFO. Coordenação do serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Regional do Sudeste do Pará. Plantonista no Hospital Central de Marabá-PA. Habilitação em sedação consciente e analgesia inalatória pela Faculdade São Leopoldo Mandic de São Paulo. Aperfeiçoamento em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Credenciamento em Cirurgia Guiada em Implantodontia - FOUSP. Capacitação em toxina botulínica e materiais preenchedores pela Faculdade São Leopoldo Mandic de São Paulo. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5806873101640977>

Ana Paula Aparecida dos Santos Varela

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Santa Fé do Sul SP (2004). Mestre pela UEPA em Cirurgia e Pesquisa Experimental, Mestre pela SOBRATI em Terapia Intensiva, possui título de especialista em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pelo COFFITO, título de especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo COFFITO, fisioterapeuta do Hospital Materno Infantil em Marabá / PA (coordenação de Fisioterapia da UTI Neo) e Hospital Regional Público do Sudeste do Pará Dr. Geraldo Veloso. Tem experiência na área de Fisioterapia com ênfase em Fisioterapia hospitalar / UTI adulto, neonatal, pediátrica, urgência e emergência, atendimento obstétrico, gestão e docência, atuando principalmente nos seguintes temas: neonato, terapia intensiva, fisioterapia, gestão e inovação cirúrgica. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6600212445671035>

Anderson Bentes de Lima

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal do Pará (2004), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará (2008) e doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará (2016). Atualmente é professor adjunto I da Universidade do Estado do Pará. Docente do programa de Mestrado Profissional profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental e do Programa de Pós-graduação de Ensino em Saúde da Amazônia. É integrante do Laboratório de Morfofisiologia Aplicada à Saúde, onde desenvolve pesquisa na área de farmacologia de plantas medicinais e drogas sintéticas. Também desenvolve pesquisa na área de toxicologia. Pertence ao grupo de pesquisa Morfofisiologia: Ensino e Pesquisa Aplicada a Saúde. Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental. Membro do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - BASIS (MEC). Consultor da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na área de ensino. Bolsista de Produtividade Desen. Tec. e Extensão Inovadora - nível 2 do CNPq. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3455183793812931>

Ariane Alexandre de Moraes Arraes

Possui graduação em Odontologia pelo Centro Universitário do Estado do Pará - CESUPA (2016), Mestrado profissional em Endodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic - Campinas/SP (2021). Experiência profissional no Serviço Social do Comércio (SESC) como cirurgiã-dentista no período de 2017-2018. Atuou no serviço no Centro Especializado em Odontologia - CEO tipo II como cirurgiã-dentista na especialidade de Endodontia no Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação do Pará (CIIR-PA) no período de 2018-2022. Atua como docente na Faculdade Integrada da Amazônia (FINAMA) ministrando as disciplinas de Fundamentos de Endodontia I e II 02/2022- até o presente momento. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5587453103463934>

Danillo Cruz Mousinho

Graduação em odontologia pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - Porto Nacional. Ingressou como aluno bolsista no ProBIC- Programa de bolsas de iniciação científica (2018-2019). Diretor executivo e membro fundador da liga acadêmica de medicina de família e comunidade- LAMEFAC (2017-2018). Monitor bolsista da disciplina de Endodontia 1 do curso de Odontologia (2018/2019). Monitor bolsista da disciplina de Cirurgia bucal 2 (ano 2019). Monitor bolsista da disciplina de Endodontia 2 (2019). Presidente e fundador da LAODIP- Liga Acadêmica de Odontologia, Diagnóstico e Pesquisa (2019). Membro da comissão organizadora da atualização em Endodontia- Atualização EndoLords (2020). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3137718493861551>

Douglas da Silva Rodrigues

Acadêmico de Medicina da Universidade do Estado do Pará, Campus VIII/Marabá. Atualmente é membro da Liga Acadêmica de Neurociências de Marabá - NeuroLiga; coordenador de pesquisa publicação e extensão (LPR-D) do comitê local da IFMSA Brazil UEPA Marabá; e bolsista de iniciação científica no Laboratório de Desenvolvimento Infantil - LADIN da Universidade do Estado do Pará, Campus VIII/Marabá. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6211357033000726>

Felippe Nepomuceno Dionízio Cavalcanti

Graduação em odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis (2013), especialização em Endodontia pelo Associação Brasileira de Odontologia - Seção Tocantins (2016). Residência em Clínica Integrada de Adultos (2018- 2020). Atualmente concursado em endodontia no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO do município de Colinas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9598552561737459>

Hárinna Carla Oliveira da Silva

Graduada em Enfermagem pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (2015), especialista em Auditoria em Saúde pela Universidade Norte do Paraná (2019). Atua como enfermeira auditora na Federação das Unimeds dos Estados da Amazônia - FAMA, como função é responsável por analisar e auditar contas médico-hospitalares e procedimentos complementares dos hospitais e clínicas credenciadas, verificando as contas de acordo com as tabelas e os contratos, elaborar relatórios, realizar visitas a hospitais e clínicas, entre outros procedimentos relativos ao cargo. Mestranda pelo programa de Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade Estadual do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4573955506758810>

Jéssica Guimarães Dias

Possui graduação em Odontologia pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (2011). Mestre em planejamento urbano pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Especialista em Ortodontia e Ortopedia dos maxilares, Invisalign Doctor, Odontologia Estética e Plástica periodontal - Laminados cerâmicos (Lentes de contato dental), Imersão em Ronco e Apneia do Sono. Atualmente é cirurgião-dentista - CLÍNICA ESTÉTIC - Gerenciador do seu sorriso, professora do curso de especialização em Ortodontia e Ortopedia dos Maxilares (FACIT). Pesquisadora do grupo de estudos em demandas populares e dinâmicas regionais. Concurada em Ortodontia no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO no município de Colinas-TO. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8383087795087719>

Kátia Simone Kietzer

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Regional de Blumenau - FURB (1998). Seguiu carreira acadêmica e em 1999 ingressando no Programa de pós-graduação em Anatomia Funcional: Estrutura e Ultra-estrutura da Universidade de São Paulo. Doutora em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará. Pós doutora em Neurociências pela UFSC. Foi docente efetiva da UFPA,

onde ministrou as disciplinas de Anatomia Humana, Fisiologia Geral e Neuroanatomia Funcional. Atualmente é docente efetiva da UEPA onde trabalha com metodologia ativas de ensino, atuando no núcleo morfofuncional. É também, docente do programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde onde também contribuiu na vice-coordenação do programa. Foi docente do programa de Mestrado profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental, ambos do CCBS/UEPA. Participou da gestão, colaborando na coordenação de curso, na vice coordenação do PPGESA, do Conselho Universitário tanto da UFPA quanto da UEPA, e participou ativamente na elaboração de projetos institucionais para obtenção de recursos em órgãos de fomento. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7986644672973004>

Maria Angélica Carneiro da Cunha

Possui graduação em Medicina pela Universidade de Taubaté. Atuou como coordenadora da UTI Pediátrica do Hospital Regional do Sudeste do Pará durante 10 anos, atualmente atua como médica pediatra da Prefeitura Municipal de Marabá na atenção básica do SUS, é Professora auxiliar do Curso de Medicina da UEPA no Campus VIII - Marabá desde 2015 e é supervisora regional do Programa Mais Médicos do Brasil pelo Ministério da Saúde, atuando na Estratégia de Saúde da Família desde 2015 até a presente data em ambas as funções. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatologia, atendimento ambulatorial e de emergência pediátrica e recepção de recém nascidos em sala de parto. Como coordenadora da UTI atuou na elaboração de protocolos de atendimento, treinamento de equipes para atendimento em nível secundário e terciário de complexidade hospitalar e gerenciamento do setor. Como professora atuou por 02 anos com alunos do terceiro e quatro anos da graduação em medicina na disciplina Gestão, Interação Ensino, Serviço e Comunidade e atualmente atua como Coordenadora do Estágio Curricular Obrigatório de Treinamento em Serviço - Internato, e com disciplina e orientação dos alunos do quinto e sexto ano no módulo Saúde da Criança (Pediatria). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4287300033441951>

Mariseth Carvalho de Andrade

Bacharelado em Estatística (UFPA), Licenciatura em Matemática (UEPA). Especialização em Epidemiologia para Gestão dos Serviços de Saúde (UEPA). Mestre em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA). Estatutária estável como Estatístico da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Professora de Matemática na SEDUC. Professora de Bioestatística e Iniciação Científica no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Bioestatística, Epidemiologia e Pesquisa na área da Saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2283475097083659>

Marcus Vinicius Henriques Brito

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (1984), Mestrado (1996) e Doutorado (2000) em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é Prof. Titular da Universidade do Estado do Pará; Coordenador dos Mestrados Profissionais da Área de Medicina III da CAPES; Avaliador de Cursos, IES e do “Programa Mais Médicos” pelo MEC e Avaliador internacional pelo ARCU-SUR; professor convidado da Universidade Estadual de Campinas; Presidente da Regional Pará da Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Pesquisa em Cirurgia; Prof. Associado Doutor da Universidade Federal do Pará; membro efetivo da Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva, Revisor da Pará Research Medical Journal - Santa Casa de Misericórdia do Pará e Editor associado da Acta Cirúrgica Brasileira; consultor “ad hoc” da Universidade Federal do Paraná; Diretor clínico - Clínica Unigastro Pará Ltda; Revisor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Revista de Ciências Médicas; Delegado efetivo junto a AMB da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará; Coordenador dos Programas de Mestrado Profissional da MED III da CAPES; professor convidado da pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso; professor convidado da Universidade Federal de São Paulo. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1180984403274256>

Priscila Xavier de Araújo

Graduada em Farmácia, Especialista em Farmácia Magistral e Mestre em Ciências, área de concentração Farmacologia – Dptp de Farmácia, ICB-USP, pela Universidade de São Paulo. Doutora em Farmacologia – Dpto de Nefrologia, pela INIFESP. Atualmente

é professora de Farmacologia na Universidade Estadual do Pará – Campus Marabá e na Faculdade de Ciências Médicas do Pará – FACIMPA. Coordenação do laboratório

Morfofuncional, membro do comitê de ética e pesquisa da Universidade do Estado do Pará – PARÁ, campus Marabá. Docente permanente do Programa de Mestrado em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3083164466192212>

Rennan Adonis Pinheiro da Silva

Graduado em Fisioterapia (2013). Pós-graduado em Fisioterapia Traumatologia-Ortopedia e Desportiva (2016). Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental (UEPA). Coordenador do Setor de Reabilitação da Caixa de Assistência dos Advogados do Pará - Subseção Marabá (2015). Docente e Supervisor do estágio em Traumatologia, Ortopedia e Amputados da Faculdade Metropolitana de Marabá (2016).

Docente no curso de Pós-graduação da Faculdade Inspirar (2016). Atualmente é docente na Faculdade de Ciências Médicas do Pará (2021), Universidade Paulista polo Marabá (2019), coordenador a Pós-graduação de Fisioterapia em Unidade de Alta Complexidade do Instituto HIB, Fisioterapeuta do Hospital Regional do Sudeste do Pará e Sócio-proprietário da Moveclin. Vencedor do Prêmio de melhor desempenho acadêmico do Curso de Fisioterapia da Faculdade Esamaz (2013). Atuação profissional com ênfase em Reabilitação em Ortopedia, Traumatologia, Joelho, Quadril, Traumatologia Desportiva, Eletrotermofototerapia, Radiologia, Declínio Funcional e Docência do Ensino Superior. Aproveito a oportunidade e deixo aqui registrado que não há nada que desabone minha conduta moral, ética e profissional. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1836475473536242>

Roberto Reijiro Yamashita

Graduado em Odontologia pela UNIMAR – Marília-SP. Especialização em Implantodontia pela Universidade Cidade de São Paulo - UNICID (2011 – 2014). Especialização em Prótese Dentária pela Associação Brasileira de Odontologia - Palmas, ABO – PALMAS (2003 – 2005). Atualmente é professor do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), atualmente ministra as disciplinas de materiais dentários, prótese total, prótese parcial removível e prótese fixa, cirurgia e implantodontia I e II e também a clínica integrada I e II. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9809798991316731>

Romário Versailles Silva Costa

É Fisioterapeuta com Especialização em Cinesiologia e Fisiologia do Exercício. Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental - CIPE/UEPA. Pós-Graduando em Fisioterapia Gerontológica e Geriátrica. Possui formação no Tratamento da Escoliose Baseado em Evidências, Método SEAS (Isico - Itália), Pilates e Quiropraxia Clínica. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5823362938368545>

Thiago Cardoso Vianna

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Campos (2001). Mestrando em Cirurgia e Pesquisa Experimental / UEPA. Especialista em Endodontia e Especialista em Ortodontia. Atualmente é cirurgião-dentista - Consultório Odontológico; Odontólogo - Secretaria Executiva de Saúde Pública SESPA /PA; Endodontista da Prefeitura Municipal de Marabá/PA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1170019492475574>

PREFÁCIO

Durante muitos anos, a saúde bucal esteve às margens das políticas públicas de saúde e, para mudar isso, foi lançada em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB. Desde então, tivemos muitas mudanças no cenário brasileiro, no que tange a esse assunto especificamente. No entanto, não podemos ignorar que, do ponto de vista da ciência, ainda estamos dando nossos primeiros passos para garantir efetivas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para sua saúde geral e qualidade de vida.

Grosso modo, temos a definição das estruturas necessárias para o desenvolvimento de uma política adequada de saúde bucal, no entanto, na prática, faltam ainda muitas definições de aplicabilidade e bom uso dessas estruturas.

Também temos, dentro da PNSB, muitas informações e instruções sobre assuntos de gestão, mas, por estarmos num país continental, essa política encontra-se em permanente construção, principalmente no conjunto das práticas odontológicas.

Dentro dessa linha de pensamento, e ciente dessa necessidade, fui surpreendido pela iniciativa da Dra. Allyne quando procurou a Diretoria de Atenção Primária - DAP, querendo apresentar sua dissertação.

De fato, foi uma grande e agradável surpresa por várias razões. Primeiro porque, apesar de não conhecer ninguém na DAP, ela se dispôs a enfrentar o desafio e vencer as possíveis barreiras e isso, para mim, mostra quão comprometida e confiante estava com a qualidade e importância do seu trabalho. Além disso, e o mais surpreendente, foi a forma segura, tranquila e altruísta como se apresentou. Sua posição e visão era de que o conteúdo do seu trabalho teria relevante importância para os colegas que atuam na Atenção Primária à Saúde e, por essa razão, ela gostaria de compartilhar, SEM NENHUM ÔNUS, todo o conteúdo a que teve acesso e assim, fomos presenteados com este e-Book.

Quantas vezes nos deparamos com situações delicadas e, por vezes, complicadas no atendimento odontológico?

Quantas vezes recebemos pacientes com problemas graves, e temos que resolvê-lo imediatamente?

Você está preparado para isso? Estamos preparados para isso?

Essa grande obra da prática clínico-cirúrgica compila tantas informações quantas necessárias para um adequado atendimento aos pacientes que nos procuram no serviço público (e mesmo no privado).

Tenho certeza de que, ao tomar ciência deste conteúdo, os profissionais de saúde bucal que atuam na APS terão todo o respaldo e segurança para uma intervenção assertiva, precisa e resolutiva.

Espero que, além de gostar desse e-Book, que o usem diariamente e o tenham como guia de consulta, todas as vezes que se sentirem inseguros e/ou em dúvida quanto à correta abordagem do tratamento.

Agradeço a oportunidade de prefaciar tão importante obra e desejo muito sucesso à Dra. Allyne, que demonstra ser uma grande profissional e, mais que isso, um grande Ser Humano.

Luiz Fernando Varrone

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	15
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL.....	15
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL	16
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	18
COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	18
COMPETÊNCIAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)	19
COMPETÊNCIAS DO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)	19
CAMPO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	19
CAPÍTULO 2.....	24
MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.....	24
MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLE.....	25
QUANTO AOS CUIDADOS COM PACIENTE (ATENÇÃO ESPECIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA).....	25
QUANTO AOS CUIDADOS DO PROFISSIONAL (ATENÇÃO ESPECIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA):	26
CUIDADOS ESPECIAIS NA PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA (ATENÇÃO ESPECIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA)	27
HIGIENE DAS MÃOS	30
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES (CONSULTÓRIO)	34
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS	35
CAPÍTULO 3.....	38
ATENÇÃO À GESTANTE E AO PRÉ-NATAL.....	38
ATENÇÃO À GESTANTE E AO PRÉ-NATAL.....	39
ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL DURANTE A GESTAÇÃO	39
LANÇAMENTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO PEC E-SUS:.....	40
GENGIVITE GRAVÍDICA.....	40
GRANULOMA GRAVÍDICO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
LANÇAMENTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO PEC E-SUS.....	41
CAPÍTULO 4.....	50
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	50
ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	51
O IDOSO (ACIMA DE 60 ANOS)	53
CAPÍTULO 5.....	60
ATENÇÃO ESPECIAL ÀS DOENÇAS CRÔNICAS, PACIENTES COM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS, À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E AO CÂNCER DE BOCA.....	60
ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS	61
HIPERTENSÃO ARTERIAL	61
DIABETES.....	63
ATENÇÃO AOS PACIENTES COM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS	65
HEPATITES VIRAIS	67

ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	68
ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA	71
CAPÍTULO 6.....	78
EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS.....	78
EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS	79
DEFINIÇÃO DE EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DE ACORDO COM A <i>AMERICAN DENTAL ASSOCIATION</i>	79
EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA.....	81
ALTERAÇÃO OU PERDA DE CONSCIÊNCIA	82
ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA.....	84
CAPÍTULO 7.....	92
ATENÇÃO AS EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS	92
CELULITE E INFECÇÕES BACTERIANAS DIFUSAS	93
ANGINA DE LUDWIG	97
CONDUTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	100
CAPÍTULO 8.....	101
URGÊNCIAS PERIODONTAIS	101
PERICORONARITE OU DOR ENVOLVENDO TERCEIROS MOLARES	102
ALVEOLITE PÓS OPERATÓRIA.....	107
MUCOSITES ORAIS COM INDICAÇÃO DE LASERTERAPIA	112
REMOÇÃO DE SUTURAS	115
CAPÍTULO 9.....	117
URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS	117
PULPITE IRREVERSÍVEL	118
ABCESSOS (DENTÁRIO OU PERIAPICAL) OU INFECÇÃO BACTERIANA	123
PROTOCOLO RECOMENDADO PARA TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIAPICAL.....	124
MEDICAÇÃO INTRACANAL.....	127
CAPÍTULO 10.....	134
URGÊNCIA RESTAURADORA	134
CÁRIES EXTENSAS OU RESTAURAÇÕES COM PROBLEMAS QUE CAUSEM DOR	135
DOR PROVOCADA POR LESÕES NÃO CARIOSAS: ABRASÃO, ATRIÇÃO E EROSÃO	141
CAPÍTULO 11	147
URGÊNCIAS PROTÉTICAS E ORTODÔNTICAS	147
AJUSTE, REPARO, (RE)CIMENTAÇÃO OU FIXAÇÃO DE PEÇAS PROTÉTICAS	148
AJUSTE, TROCA OU REMOÇÃO DO ARCO OU DISPOSITIVO ORTODÔNTICO QUE ESTIVER LESIONANDO A MUCOSA BUCAL	151
CAPÍTULO 12.....	153
TRAUMAS DENTÁRIOS	153

TRAUMAS DENTÁRIOS.....	154
CAPÍTULO 13.....	163
INFECÇÕES FÚNGICAS E BACTERIANAS	163
INFECÇÕES FÚNGICAS E BACTERIANAS	164
CANDIDÍASE ORAL.....	164
GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA.....	167
ÚLCERAÇÕES AFTOSAS RECORRENTES.....	169
HERPES SIMPLES RECORRENTE	171
CAPÍTULO 14.....	176
PROTOCOLOS PRÉ-OPERATÓRIOS.....	176
PROTOCOLOS PRÉ-OPERATÓRIOS DE EXODONTIAS EM ODONTOLOGIA	177



CAPÍTULO 1

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Lêda Lima da Silva

Katia Simone Kietzer



ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Durante vários anos a odontologia encontrava-se à margem das Políticas Públicas de Saúde. O modelo de assistência odontológica era direcionado ao atendimento de grupos prioritários e urgências, provocando um quadro de grande exclusão do acesso e pouco impacto sobre os índices epidemiológicos de enfermidades bucais. Através da fundação da Política Nacional de Saúde Bucal - BRASIL SORRIDENTE- este cenário se alterou e a saúde da boca passou de uma posição pouco expressiva para uma alta centralidade no governo federal (NATAL, 2016).

Essa Política, estabelecida em 2004, vem se construindo ao longo do tempo, embasada no fortalecimento da odontologia na atenção básica, especializada e focada no acesso com qualidade, destacando-se o incentivo à implantação das Equipes de odontologia, dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. O resultado dessa intervenção é notável quando se avaliam os dados das Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal comprovando ter advindo grande melhora nos indicadores (LORENA SOBRINHO; MARTELLI, 2019).

Com intuito de analisar como estava a saúde da boca no Brasil, em 2010 foi efetivado em todo território nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010, objetivando fornecer ao SUS elementos importantes a idealização de ações de prevenção e tratamento. As médias do índice CEO-D (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados) mostraram-se mais altas nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, quando comparada com as regiões Sul e Sudeste. Além do mais, a proporção de dentes com presença de cárie foi especialmente maior nas

regiões Norte e Nordeste, já de dentes restaurados foi mais alta nas regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, a Política Nacional de Saúde Bucal foi de grande importância para expansão do acesso público à consulta odontológica, entretanto ainda existem altos níveis de desigualdades em acesso, mostrando que estratégias são necessárias para superar este desafio, para que sejam previstas na construção de políticas mais abrangentes que abordem os determinantes mais amplos de desigualdades (GALVÃO; RONCALLI, 2021).

Estes avanços na diminuição da prevalência da doença cárie, mostraram significância, porém, a cárie ainda é um amplo desafio para a saúde pública (NATAL, 2016), fato este agravado durante a pandemia do Covid-19, pois, devido ao elevado índice de contaminação do corona vírus, os atendimentos não essenciais foram suspensos e as ações de promoção e prevenção foi recomendado o seu adiamento ou cancelamento ficando apenas atendimentos eletivos essenciais de urgências e emergências odontológicas, que infelizmente provocaram um retrocesso no índice da prevalência de cárie, já que a promoção de saúde bucal e o atendimento preventivo não puderam estar sendo realizado de maneira efetiva, ocasionado acúmulo de procedimentos e agravos de infecções bucais pré-existentes.

Por isso, este livro tem o objetivo de proporcionar informações necessárias de maneira didática aos odontólogos da atenção primária, para que estes se atualizem e sanem as dúvidas frequentes que surgem durante o atendimento odontológico, levando especialmente em consideração os odontólogos recém formados ou aqueles que nunca trabalharam no SUS, apresentando pouca prática clínica dentro das unidades básicas de saúde, sobretudo durante o cenário pandêmico em que vivenciamos.

Atribuições dos Profissionais da Equipe de Saúde Bucal

De acordo com a Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017:

Equipe de Saúde Bucal (ESB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (ESF) e de Atenção Básica (EAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades: *Modalidade I:* Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e; *Modalidade II:* Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB. Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (EAB) ou equipe de Saúde da Família (ESF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra. Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo) (BRASIL, 2017, p. 71).

Competências do Cirurgião-Dentista

- I. Executar diagnóstico com objetivo de alcançar o perfil epidemiológico para planejar e programar ações odontológicas;
- II. Executar atendimentos da Atenção primária, abrangendo atendimento de urgências e cirurgias de pequeno porte;
- III. Executar a atenção integral odontológica individualizada e coletiva, para famílias, pessoas e a determinados grupos, de consonância com organização local;
- IV. Realizar encaminhamento e orientação aos usuários, quando houver necessidade, conservando seu encargo de acompanhar o usuário.
- V. Coordenação e participação de ações que visam de promover e prevenir as enfermidades da boca;

- VI. Acompanhamento, apoio e desenvolvimento de ações de saúde bucal multiprofissional, em busca de aproximação e integração das ações de saúde de maneira multidisciplinar;
- VII. Contribuição e participação de ações de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- VIII. Realização de supervisão técnica do THD e ACD;
- IX. Participação da organização dos insumos apropriados para utilização na USF.

Competências do Técnico em Higiene Dental (THD)

- I. Excetuar a atenção integral odontológica individualizada e coletiva, para famílias, pessoas e a grupos específicos, de consonância com organização local.
- II. Coordenação e realização para manter e conservar os equipamentos odontológicos.
- III. Acompanhamento, apoio e desenvolvimento de ações de saúde bucal multiprofissional, em busca de aproximação e integração das ações de saúde de maneira multidisciplinar.
- IV. Auxiliar/supervisionar as atividades dos ACD e dos ACS em ações que previnam e promovam a saúde da boca.
- V. Participação da organização dos insumos utilizados na USF.

Competências do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)

- I. Excetuar a atenção integral odontológica individualizada e coletiva, para famílias, pessoas e a determinados grupos, de consonância com organização local.
- II. Desinfetar e esterilizar os instrumentos e equipamentos da odontologia.
- III. Preparação e organização dos instrumentais e insumos odontológicos.
- IV. Dar suporte ao odontólogo e/ou o THD durante os atendimentos clínicos, auxiliando-os.
- V. Zelar para manter e conservar os equipamentos de saúde bucal.
- VI. Organização da agenda de atendimento odontológico.
- VII. Acompanhamento, apoio e desenvolvimento de ações de saúde bucal multiprofissional, em busca de aproximação e integração das ações de saúde de maneira multidisciplinar.
- VIII. Participação da organização dos insumos utilizados na USF (BRASIL, 2008).

Campo de Atuação da Equipe de Saúde Bucal da Atenção Primária

A atuação do odontólogo na atenção primária vai muito além da “boca”, é necessário que haja uma integração de várias áreas do conhecimento. Além disso é necessário que o

trabalho seja feito integrando a equipe, para realização de ações que integrem a prática das mesmas.

A Saúde Bucal na Atenção Básica:

- **Ações Intersetoriais:** São ações que visam melhorar determinadas situações da sociedade que interferem na saúde, proporcionando condições e ambientes saudáveis. Estabelece parcerias com outros profissionais e outros setores. É de responsabilidade da Equipe Saúde da Família identificar e programar essas ações. Como exemplo cita-se o apoio a ações e políticas para:
 - (1) promover o desenvolvimento social;
 - (2) possibilitar acesso ao saneamento básico e incentivar a fluoretação das águas de abastecimento;
 - (3) contribuir para o combate ao fumo e uso de álcool;
 - (4) incentivar dietas mais saudáveis;
 - (5) contribuir para garantia de proteção no trabalho;
 - (6) contribuir para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, com base na Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB - Lei no 9394/96), entre outras (BRASIL, 2008).

- **Ações Educativas:** Ações que proporcionem o fortalecimento e a autonomia dos usuários diante do processo saúde-doença, melhorando a qualidade de vida. Essas ações devem abordar:
 - (1) Manifestação e prevenção das principais doenças bucais;
 - (2) A relevância dos hábitos de higiene bucal, escovação, uso de fio dental e do autocuidado;
 - (3) Fluorose e os cuidados a serem tomados para evitá-la;
 - (4) Orientações sobre dieta;
 - (5) Importância da realização do autoexame da boca;
 - (6) Traumatismos dentários e cuidados imediatos;
 - (7) Exposição ao sol: prevenção e proteção;
 - (8) Uso de álcool, fumo e outras drogas: prevenção (Ministério da Saúde, 2008).

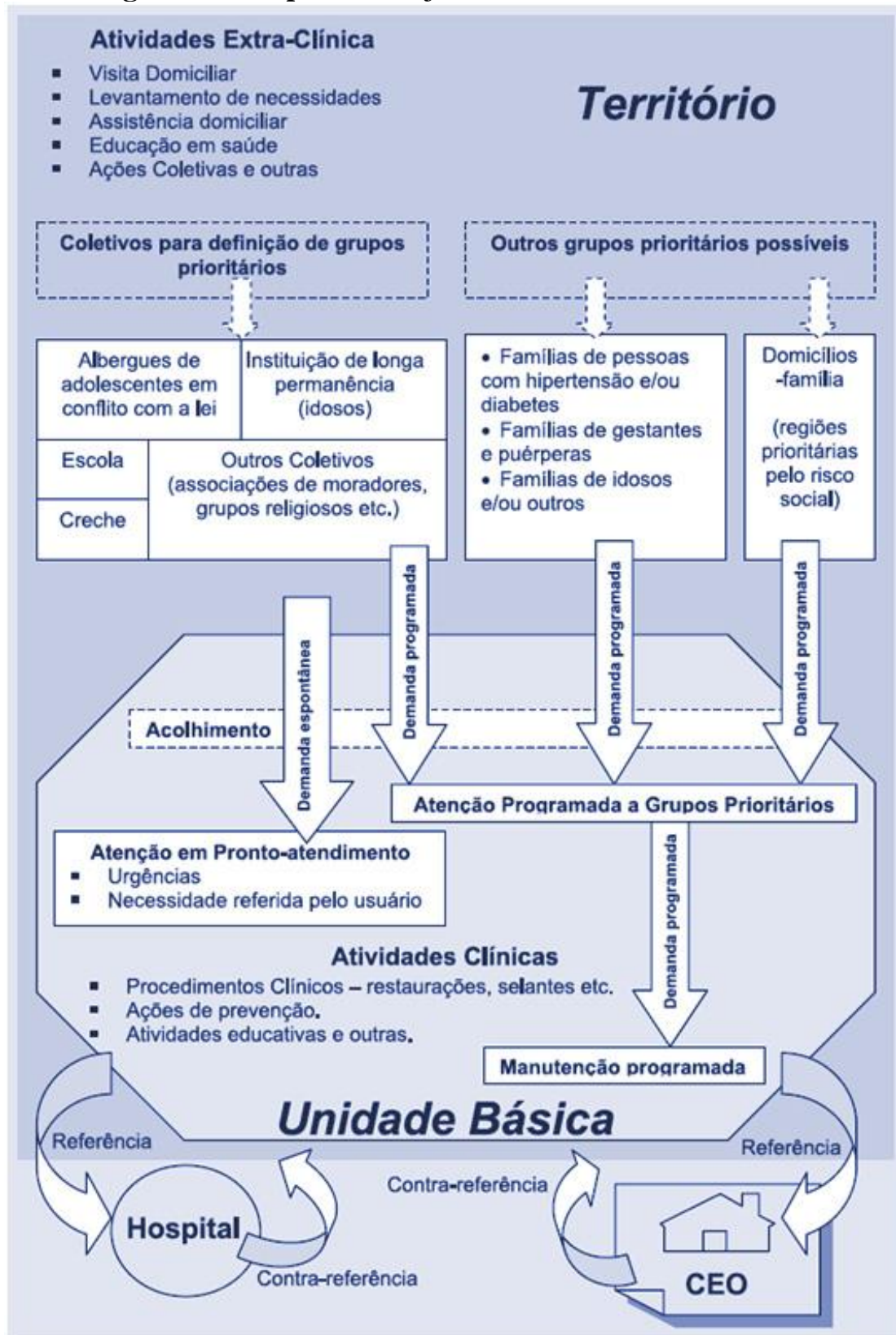
- **Ações de promoção à Saúde:** A promoção de saúde é definida como um campo conceitual, político e metodológico que analisa e atua sobre as condições sociais que

são importantes para melhorar a situação de saúde e da vida das pessoas (BÓGUS *et al*, 2002).

Com base na Carta de Ottawa em 1986, a promoção de saúde visa:

- ✓ Criação de ambientes que conduzam à saúde, reconhecendo o impacto do ambiente nas condições de saúde e identificando oportunidades de mudanças pró-saúde.
 - ✓ Construção de políticas saudáveis, considerando o impacto de políticas públicas de outros setores no setor saúde.
 - ✓ Fortalecimento das ações comunitárias dos indivíduos e das comunidades nos processos decisórios, redes sociais, planejamento e estratégias para a saúde.
 - ✓ Desenvolvimento de habilidades pessoais, estímulo ao desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que permitam aos indivíduos promover a saúde.
 - ✓ Reorientação dos serviços de saúde, o foco do trabalho clínico curativo deve ser dirigido à meta da saúde com equidade.
-
- Ações de Assistência: São intervenções que impactam os principais agravos de saúde da população. Realizadas de maneira clínica curativa, de cunho individual ou coletivo. Esta assistência deve gerar ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada. A figura 01 apresenta o esquema de uma possível organização da atenção em saúde bucal a partir das áreas de trabalho, da demanda espontânea e de grupos prioritários (BRASIL, 2008).

Figura 1 - Campo da atenção à Saúde Bucal no território



Fonte: (BRASIL, 2008, p. 30)

Referências

BÓGUS, Cláudia Maria *et al.* A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. *In*: VILLELA, Wilma *et al.* (org.). **Investigar para o SUS**: construindo linhas de pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. p. 49-53. ISBN 9788588169036.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. ISSN 1677-7042. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em: 11 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17) ISBN 85-334-1228-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. ISBN 978-85-334-1987-2.

GALVÃO, Maria Helena Rodrigues; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. **BMC Public Health**, v. 21, n. 541, 19 mar. 2021. ISSN 1471-2458. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10586-2>.

LORENA SOBRINHO, José Eudes de; MARTELLI, Petrônio José de Lima. Saúde bucal no Brasil: análise do ciclo da política. **Universitas Odontologica**, v. 38, n. 80, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo38-80.sbba>.

NATAL. (Município). Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia básico de atenção à saúde bucal**. Comissão elaboradora: Vera Maria Martins Castro... [*et al.*]. Natal, 2016. 91 p. Disponível em: <https://www2.natal.rn.gov.br/sms/paginas/File/SMS-GuiaSaudeBucal.pdf>.



CAPÍTULO 2

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Allyne Wanderley Lima

Douglas da Silva Rodrigues

Mauro de Souza Pantoja

Mariseth Carvalho de Andrade

Thiago Brito Xavier



MEDIDAS PREVENTIVAS E DE CONTROLE

Durante o atendimento odontológico os profissionais e os pacientes podem ser expostos a diversos tipos de micro-organismos patogênicos. O local de “[...] atendimento odontológico carrega risco de infecção viral devido aos procedimentos que envolvem comunicação [direta] com pacientes, exposição à saliva, sangue e outros fluidos[...]”, assim como manejo de instrumentais perfurocortantes. Por tudo isso, é crucial que os profissionais sigam os protocolos de segurança e compreendam a relevância das medidas de prevenção, proteção e cuidado de biossegurança durante os atendimentos (THOMÉ *et al.*, 2020, p. [2]).

Além disso, medidas foram estabelecidas após o aparecimento do corona vírus. Como prioridade à ventilação natural, o tamanho da sala, distância mínima entre cadeiras, uso de máscaras, dispensadores com desinfetante para as mãos contendo gel de álcool a 70% e cartazes informativos (SILVEIRA *et al.*, 2021). Reduzindo também o tempo de permanência dos pacientes na sala de espera.

Quanto aos cuidados com paciente (Atenção especial em tempos de pandemia)

No caso de atendimentos, o profissional deve solicitar ao paciente informações relacionadas às manifestações de sintomas respiratórios, ou a definição de casos suspeitos. Em caso afirmativo para suspeita de COVID-19, O paciente deve ser orientado a fazer isolamento domiciliar imediato e entrar em contato o mais rápido possível com o serviço de saúde (BAHIA, 2020):

Antes de entrar no consultório deve-se:

- a. Aferir a temperatura corporal do paciente e acompanhante;
- b. Monitorar a temperatura da equipe de saúde bucal;
- c. [...]
- d. Evitar aglomeração na sala de espera, devendo conservar distanciamento de no mínimo 1 metro entre as pessoas (AMIB, 2020, p. [2]).

Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), pacientes assintomáticos podem ser potenciais transmissores. Entretanto, para que isso ocorra é preciso um contato intenso e por longo período devido à baixa carga viral. Por outro lado, pacientes sintomáticos apresentam carga viral maior em análises bucais. Assim, é imprescindível excluir a vinda desses pacientes ao consultório, a menos que seja emergência imediata. Como estratégia o profissional pode realizar questionário prévio à consulta por telefone, com perguntas sobre sintomas evitando no momento atual pacientes com maior vulnerabilidade (THOMÉ *et al.*, 2020).

Quanto aos cuidados do Profissional (Atenção Especial em tempos de pandemia):

O fato de muitos procedimentos odontológicos envolverem o uso de aerossóis como canetas de alta rotação, dispositivos de ultrassom e a seringa de ar-água, que geram partículas transportadas pelo ar que podem se disseminar as secreções dos pacientes na forma de aerossóis, algumas medidas devem ser adotadas quando necessário o atendimento clínico:

- ✓ A equipe deve usar um avental/jaleco descartável, luvas, respirador particulado (N95, PFF2 ou similar tipo de máscara), óculos de proteção e protetor facial (SILVEIRA *et al.* 2021, p. 6).
- ✓ “Os profissionais que apresentem sintomas gripais, com confirmação ou não de Covid-19, devem ser afastados das atividades assistenciais” (BRASIL, 2020, p. [38]).

- ✓ Os profissionais do “grupo de risco para a Covid-19 devem ser alocados para ações que não envolvam contato com pacientes, como apoio ao telemonitoramento relacionado à odontologia e ao monitoramento de contatos de casos de Covid-19, teleorientação, cabendo à gestão local a tomada decisão sobre essa questão” (BRASIL, 2020, p. [38]).
- ✓ Para todos os profissionais deve ser realizada a vacinação (BRASIL, 2020, p. [38]).

Cuidados especiais na prática clínica odontológica (Atenção Especial em tempos de pandemia)

O atendimento odontológico oferece elevado risco para a dispersão do coronavírus (SARS-CoV-2) devido à alta carga viral presente nas vias aéreas superiores; ocasionando ampla probabilidade de exposição aos materiais biológicos, pela geração de gotículas e aerossóis, e pela proximidade que a prática oferece. Outro ponto a ser observado, é a inviabilidade dos pacientes realizarem exames para diagnóstico da COVID-19, previamente ao atendimento e por existir evidência de transmissão pelos assintomáticos.

Por isso, além da triagem prévia à distância; a priorização dos atendimentos; a efetivação de teleconsultas, outras medidas devem ser empregadas para diminuir a geração de aerossóis, gotículas, respingos salivares e de sangue, tais como:

- a) Assentar o paciente na posição mais apropriada possível;
- b) Empregar sucção/aspiração de alta potência para diminuir a quantidade de saliva dentro da boca e estímulo à tosse;
- c) Isolamento absoluto com lençol de borracha (sempre que possível), para diminuir a disseminação de gotículas e aerossóis. Quando o isolamento não for possível, dar prioridade a instrumentos manuais para remoção de cáries (evitar utilizar canetas de alta e baixa rotação) e uso de extratores de cálculo ao invés de aparelhos ultrassônicos. Preferir técnicas químico-mecânicas.;
- d) Evitar, a utilização da seringa tríplice, sobretudo em sua forma em spray;

- e) Esterilizar em autoclave todos os instrumentais considerados semicríticos e críticos, até mesmo canetas de alta e baixa rotação (ANVISA, 2021, p. 105; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020).

OBS:

- ✓ Deixar apenas produtos para saúde (PPS) específicos para uso fiquem expostos ao ambiente clínico. Caso não sejam utilizados, estes devem ser reprocessados ou descartados.
- ✓ Depois da realização do atendimento devem ser empregados os protocolos adequados de limpeza e desinfecção de superfícies.

Referências

AMBI. **Recomendações AMIB/CFO para enfrentamento da Covid-19 na Odontologia**: manual atualizado. 3. ed. [S. l.], Associação de Medicina Intensiva Brasileira, jul. 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-AMIB-CFO-Covid-19-atualizada-.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

ANVISA. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Brasília, DF, 25 fev. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Comitê Estadual de Emergências em Saúde Pública. **Nota Técnica n. 44 de 01 de abril de 2020**. Salvador, 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Guia de orientações para atenção odontológica no contexto da Covid-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 84 p. ISBN 978-85-334-2886-7. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_odontologica_covid19.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Recomendações para atendimentos odontológicos em tempos de Covid-19**. Rio de Janeiro: CFO - Conselho Federal de Odontologia, mar. 2020.

SILVEIRA, Manuela Gonçalves de Souza e Silva *et al.* Changes in dental practice in times of COVID-19: review and recommendations for dental health care. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, SP, v. 69, p. 1-10, 2021. ISSN 1981-8637. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372021000120200073>.

THOMÉ, Geninho *et al.* **Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos**. [S. l.]: CFO-Conselho Federal de Odontologia, ILAPEO-Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cfo-lanc%cc%a7a-Manual-de-Boas-Pra%cc%81ticas-em-Biosseguranc%cc%a7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf>. Acesso em: 1 maio 2021.



HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos está relacionada com a lavagem das mãos, ou com o uso de desinfetante à base de álcool, com o intuito de se prevenir a transmissão e infecção por microrganismos no ambiente de saúde. Essa medida deve ser feita antes de tocar um paciente, antes de procedimentos que necessitem de assepsia, após a exposição a qualquer fluido corporal e depois de tocar no paciente ou nos seus arredores (ANDERSON, 2020).

A lavagem deve ser feita com agente antisséptico que pode ser tanto um sabonete antimicrobiano, quanto um produto à base de álcool e é necessário que se faça a limpeza não só nas mãos, como nas unhas e antebraço. Deve-se, antes de tudo, retirar acessórios, como unhas postiças, anéis e relógios. Pode ser utilizada ou não uma escovinha para esfregar a pele e o tempo em que se deve esfregar as mãos depende do produto a ser utilizado (ANDERSON; SEXTON, [2021]).

Figura 1 – Exemplo de lavagem simples das mãos



Fonte: (THOMÉ *et al.*, 2020, p. [11])

Sequência de Paramentação: Os EPIs devem ser utilizados para que haja proteção adequada e durante a sua colocação deve haver cuidado de acordo com a sequência abaixo (WITZEL *et al.*, 2020).

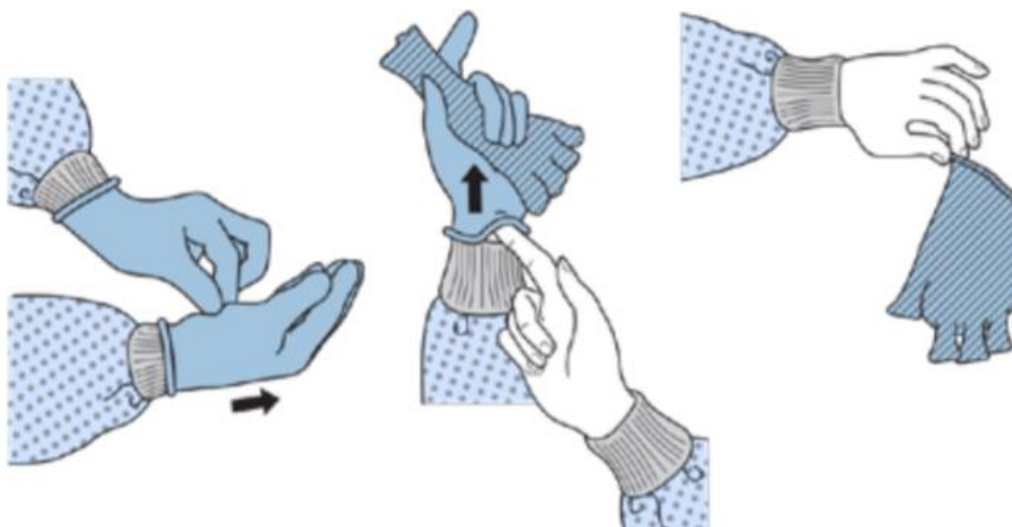
- ✓ **Avental:** Deve cobrir o corpo totalmente desde o pescoço até o joelho e os membros superiores até os pulsos. É necessário que seja amarrado atrás com a ajuda de um auxiliar.
- ✓ **Respirador PFF2 e Sobreposição Com a Máscara Cirúrgica:** Com a mão, deve-se segurar o respirador na parte da frente, adaptar o mento para a frente e fixar os os tirantes atrás da cabeça, um superior e outro inferior que deve ficar na nuca. A máscara cirúrgica deve ser segurada pelo elástico e posicionada por cima do respirador, ajustando-os para que não haja passagem de gotículas.

- ✓ **Gorro:** Em caso de cabelos longos, deve-se prendê-los e ajustar o gorro sobre a cabeça de forma que cubra toda a superfície capilar.
- ✓ **Óculos de Proteção com Proteção Lateral:** Ajustar os óculos no rosto, sobre os olhos e, caso não haja vedação, pode-se colocar um esparadrapo na parte superior do respirador para que os óculos não embacem.
- ✓ **Face shield:** Ajusta-se a face shield sobre o rosto de modo que fique confortável e não atrapalhe o ajuste dos óculos.
- ✓ **Luvas:** Deve-se colocar as luvas e estendê-las até que fiquem por cima do punho do avental, cobrindo-o.

Sequência de Desparamentação: A desparamentação adequada é importante para que se remova todos os equipamentos, exceto o respirador PFF2 e os óculos de proteção, sem que haja contaminação de roupas, pele e mucosas, como na sequência abaixo (WITZEL *et al.*, 2020).

- ✓ **Luvas:** Como há contaminação na face externa das luvas, deve-se primeiro retirar uma com cuidado, utilizando a outra mão enluvada, segurando pela parte externa, na região do pulso, de modo a tracioná-la em direção aos dedos até a sua completa remoção. A luva removida deve ficar segura pela mão ainda enluvada. Em seguida, com a mão sem luva, deve-se deslizar pela face interna da luva que está calçando a outra mão até que haja remoção dela sobre a primeira luva que estava sendo segura por essa mão. Por fim, deve haver descarte das luvas e higienização das mãos.

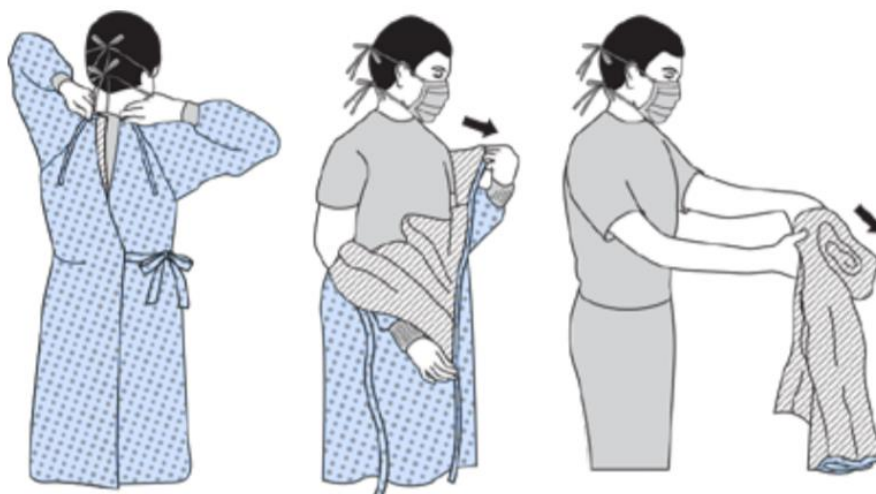
Figura 2 – Remoção das luvas



Fonte: (THOMÉ *et al.*, 2020, p. [24])

- ✓ **Avental:** Começar pelas tiras, que devem ser soltas sem que se arrebenhem e afastar o avental do pescoço e dos ombros apenas pela parte interna. Em seguida, deve-se, de dentro pra fora, enrolar o avental, dobrá-lo e descartá-lo. Se houve infecção das mãos, realizar lavagem. O ideal é que seja feito antes da remoção dos óculos e do respirador.

Figura 3 – Remoção do avental



Fonte: (THOMÉ *et al.*, 2020, p. [24])

- ✓ **Gorro:** Remover o gorro pelo topo da cabeça ou pela parte de trás e descartar. Se houve infecção das mãos, realizar lavagem.
- ✓ **Face Shield:** Remover a viseira pela faixa elástica ao redor da cabeça e colocá-la sobre uma bandeja para que se faça a desinfecção posteriormente. Se houve infecção das mãos, realizar lavagem.
- ✓ **Óculos de Proteção:** Remover os óculos pelo elástico com cuidado de modo a não tocar a superfície externa. Se houve infecção das mãos, realizar lavagem.
- ✓ **Respirador:** A remoção do respirador deve ser feita com as duas mãos, segurando as presilhas ou elástico pela região posterior da cabeça e da nuca. Se houve infecção das mãos, realizar lavagem.

Figura 4 – Sequência de remoção de gorro, viseira e óculos



Fonte: (THOMÉ *et al.*, 2020, p. [24])

Limpeza e Desinfecção de Superfícies (Consultório)

Antes de iniciar os trabalhos em cada paciente, seja no início da atividade diária ou entre um paciente e outro, deve-se realizar a limpeza e desinfecção do ambiente de atendimento. O primeiro passo é observar a área, se houver sujeira visível, deve-se lavar com água e sabão e, então, desinfetar com álcool a 70%. Se não houver sujeira visível, apenas a utilização do álcool a 70% ou composto quaternário de amônia ou hipoclorito de sódio a 1% é suficiente (WITZEL *et al.*, 2020).

A limpeza deve ser feita de forma cuidadosa em todas as superfícies, incluindo a bancada, o equipo e o piso, utilizando toalha de papel e um borrifador e realizando fricção por pelo menos três vezes, desde a superfície menos contaminada até a mais contaminada e a secagem deve ser feita de forma natural. Vale lembrar que, em caso de utilização de hipoclorito de sódio a 1%, deve-se evitar superfícies metálicas (WITZEL *et al.*, 2020).

Esse serviço deve ser feito pelo auxiliar sob uso de equipamentos de proteção individual. Um exemplo de como pode ser feita a sequência da limpeza é: iniciar pela alça do refletor, passar pela cadeira, mocho e superfície do carrinho auxiliar, passar pelo equipo e finalizar com a cuspeira (WITZEL *et al.*, 2020).

Limpeza e desinfecção dos materiais odontológicos

Para a limpeza do material odontológico, deve-se primeiro separar os materiais perfurocortantes para serem lavados separadamente de modo a evitar acidentes. Os materiais devem ser imergidos em solução de água com detergente para que resíduos orgânicos sejam removidos. Em seguida, com a ajuda de uma escova, deve-se lavar cada material cuidadosamente, de um por um e enxaguá-los em água corrente, de forma rigorosa, prestando atenção nas suas articulações para que não sobre resíduos. As peças devem ser enxutas em pano limpo e macio, ainda com atenção para as articulações e serrilhas. Após essa limpeza, deve-se colocar o material sobre um pano e observar se realmente está bem limpo (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Em caso de material ainda contaminado, o processo deverá ser repetido e em caso de material que apresente defeitos, ferrugens ou alterações, eles deverão ser separados e enviados para a manutenção ou o descarte. Os demais materiais devem ser encaminhados para a esterilização (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Na esterilização, os materiais devem ser separados por tipo de procedimento e preparados. Deve-se realizar higienização das mãos e a área deve estar limpa e organizada. Os materiais devem, então, ser embalados em papel crepado ou em embalagem própria

para esterilização em autoclave. As embalagens devem ser identificadas com uma fita ou papel adesivo e é ideal que contenha a data da esterilização, a validade e o nome do profissional que realizou o processo (FLORIANÓPOLIS, 2017).

O material deve ser colocado na autoclave sem que ultrapasse 2/3 da sua capacidade e sem encostar nas laterais para que o vapor circule livremente. Nas embalagens que possuem papel e filme, o papel deve ser colocado para baixo. O tempo em que o material deve ser mantido na autoclave depende das orientações do fabricante. A temperatura varia entre 121°C a 127°C a 1 atm de pressão por 15 a 30 minutos ou 132°C a 134°C a 2 atm de pressão por 4 a 7 minutos. Após o ciclo de esterilização, a autoclave deve ser aberta por um profissional paramentado e se deve esperar que a temperatura caia a 60°C para que o material seja retirado. Após a retirada, o material deve ser colocado em local limpo e seco (FLORIANÓPOLIS, 2017).

Referências

ANDERSON, Deverick J. Infection prevention: Precautions for preventing transmission of infection. **UpToDate**, p. 1–24, 17 dez. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/infection-prevention-precautions-for-preventing-transmission-of-infection?search=Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 11 maio 2021.

ANDERSON, Deverick J.; SEXTON, Daniel J. Overview of control measures for prevention of surgical site infection in adults. **UpToDate**, p. 1–33, [2021]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-control-measures-for-prevention-of-surgical-site-infection-in-adults?search=Overview%20of%20control%20measures%20to%20prevent%20surgical%20site%20infection%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 11 maio 2021.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Procedimento operacional padrão - SMS - Florianópolis/Odontologia**. Elaborado por: Sandra Mara Merisio, Juliana dos Santos Simas, Carla Antoni. Florianópolis, 31 jul. 2017. 3 p.

THOMÉ, Geninho *et al.* **Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos**. [S. l]: CFO-Conselho Federal de Odontologia, ILAPEO-Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp->

<content/uploads/2020/04/cfo-lanc%cc%a7a-Manual-de-Boas-Pra%cc%81ticas-em-Biosseguranc%cc%a7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf>. Acesso em: 1 maio 2021.

WITZEL, Andréa Lusvarghi *et al.* **Orientação de biossegurança adequações técnicas em tempos de COVID-19.** São Paulo: Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, 2020. 27 p.



CAPÍTULO 3

ATENÇÃO À GESTANTE E AO PRÉ-NATAL

Allyne Wanderley Lima

Hárinna Carla Oliveira da Silva

Marcus Vinicius Henriques Brito

Maria Angélica Carneiro da Cunha



ATENÇÃO À GESTANTE E AO PRÉ-NATAL

A maioria dos odontólogos se sentem inseguros para o atendimento de mulheres grávidas. Alguns até mesmo sugerem o adiamento do tratamento para o pós-parto, conduta essa que pode na maioria das vezes agravar problemas dentários, podendo ser prejudicial para a lactante e o feto. Com isso, algumas gestantes chegam a omitir o estado de gravidez ao odontólogo, na tentativa de ser atendida. Por isso, durante o atendimento inicial de qualquer mulher em idade fértil esta deve ser considerada gestante, até ser provado que não.

Assim que comprovada a gestação o odontólogo deve tomar as devidas providências na identificação das enfermidades presentes na boca, sobretudo as alterações sistêmicas, fisiológicas e psicológicas, apresentadas pelas mulheres nesse período.

Com isso, é imprescindível que a grávida receba estímulo para realizar o pré-natal odontológico, desde a descoberta da gestação prevenindo agravos bucais, realizando promoção de saúde, e tratamento odontológicos se necessário.

Alterações na cavidade oral durante a gestação

Gengivite gravídica ou gestacional: Ela não se diferencia da gengivite “comum”, talvez o que pode ocasionar um maior sangramento das gengivas é o aumento do hormônio progesterona (**Figura 1**). A sua prevenção consiste em medidas de instruções de higiene oral e seu tratamento consiste em procedimentos de profilaxia, raspagens e alisamentos radiculares, eliminando os fatores irritantes.

Figura 1 - Representação de um caso de gengivite gravídica.



Fonte: (ODONTOLOGIA..., 2016).

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D19:	Problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.
-------------	---

CID utilizado:

K05	Gengivite e outras doenças periodontais.
------------	--

Procedimento do Local/Sextante:

0307030059	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextantes).
-------------------	---

Procedimento do Local/Sextante:

0307030040	Profilaxia/remoção de placa bacteriana.
-------------------	---

Procedimento do Local/Outro:

0101020074	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão).
-------------------	--

Gengivite gravídica

Granuloma gravídico: É uma lesão que ocorre na gengiva lobulada ou plana, pediculada, com surgimento a partir do 3^a mês de gestação, apresentando uma amora, pois a mesma tem textura granulosa e cor vermelho-escura (**Figura 2**). O tratamento se dá com

a remoção cirúrgica da lesão com uma margem de segurança do tecido conjuntivo associado.

Figura 2 – Representação de um caso de granuloma gravídico



Fonte: (ODONTOLOGIA..., 2016).

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS

Código CIAP utilizado:

D19:	Problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.
-------------	---

CID utilizado:

K134	Lesões granulomatosas.
-------------	------------------------

Procedimento do Local/Sextante

0404020097	Excisão e sutura de lesão na boca.
-------------------	------------------------------------

Melhor época para atendimento: Durante a gravidez os tratamentos odontológicos podem e devem ser realizados, como: exodontias simples, tratamentos periodontais como raspagens e profilaxias, procedimentos restauradores, tratamentos endodônticos, instalação de próteses, dentre outros. Tratamento reabilitadores extensos, cirurgias complicadas e alguns tratamentos estéticos devem ser evitados.

O 1º trimestre deve ser evitado, pois é o período que a grávida apresenta muitos enjoos, indisposição e apresenta maior vulnerabilidade ao feto, já que ocorre o maior índice de abortos espontâneos.

O 2º trimestre apresenta a melhor época para realização de tratamentos odontológicos, pois neste período o feto apresenta organogênese completa. Além da gestante geralmente se apresentar mais confortável em comparação com o período inicial ou final da gravidez.

O 3º trimestre de gravidez, principalmente nas últimas semanas da gestação também deve ser evitado, pois a maioria das grávidas apresentam frequência urinária aumentada, pernas edemaciadas, hipotensão postural e a compressão do feto causa desconforto na posição supina, dessa forma os procedimentos odontológicos devem ser evitados nas primeiras 12 semanas de gestação e ao final dela.

OBS:

- Em casos de urgências odontológicas, como por exemplo pulpíte, pericoronarites, abscessos, entre outros, a gestante deve receber atendimento independente do período gestacional em que se encontra, já que as dores e infecções podem provocar muito mais malefícios a gestante e ao feto do que derivados de tratamentos odontológicos.
- As consultas devem ser priorizadas para que ocorram na segunda metade do período da manhã, pois é quando os enjoos são menos comuns. Além disso, deve evitar marcar as gestantes no mesmo horário que crianças, assim evita-se possíveis contágio de doenças viróticas como sarampo, rubéola, dentre outras.
- Exames radiográficos devem ser realizados quando houver necessidade, evitando repetição de radiografias desnecessárias e técnicas de exposição mais rápidas.

Anestesia local: O melhor anestésico local para a gestante é aquele que proporciona a melhor anestesia à gestante. Assim como, todos os anestésicos locais, por serem lipossolúveis, atravessam com facilidade a placenta por meio de difusão passiva. O protocolo recomendado para utilização em gestantes são:

- **Procedimentos eletivos:**

Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000

- **Urgências (dor ou infecção)**

- **Gestação normal**

Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000

- **Grávidas com história de anemia**

Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000

- **Grávidas diabéticas ou com hipertensão arterial controlada**

Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000

- **Grávidas com hipertensão arterial não controlada***

** avaliar risco/benefício do atendimento ambulatorial junto ao médico*

Prilocaína 3% com felipressina ou mepivacaína 3% sem vasoconstritor

- **Grávidas com hipertensão não controlada e história de anemia**

Mepivacaína 3% sem vasoconstritor

OBS:

- Algumas gestantes apresentam anemia durante a gestação, tornando-a mais propensa ainda à metemoglobinemia. Além das gestantes, idosos e crianças também podem apresentar risco de anemia. Além do mais, o Brasil apresenta prilocaína associada a felipressina, esta que deriva da vasopressina, apresentando estrutura parecida com a ocitocina, podendo ocasionar contração uterina, mesmo que necessite de uma dose maior que a utilizada na odontologia para que isto ocorra, por isso deve-se evitá-la.
- Seja qual for a solução anestésica selecionada, o volume máximo aconselhado é igual ao presente em dois tubetes anestésicos (3,6 ml), sendo injetado lentamente e após aspiração negativa.

Controle da dor: Uso de analgésicos e anti-inflamatórios:

- o *paracetamol* (risco B) é o fármaco de 1ª escolha para gestantes, em qualquer período da gestação. A dose recomendada deve ser de 500-750 mg, de cada 6 em 6 horas, por tempo restrito.
- A dipirona, *analgésicos opioides* (p. ex., tramadol, codeína), a *aspirina* e os *anti-inflamatórios não esteroides* devem ser evitados.
- Caso haja necessidade da utilização de um anti-inflamatório, empregar a *dexametasona* ou *betametasona*, em dose única de 2-4 mg.

Tratamento das infecções bacterianas: Além da descontaminação do local, por meio de instrumentos periodontais da instrumentação do sistema de canais radiculares ou da drenagem de abscessos pela incisão com bisturi, o uso de antibióticos sistêmicos deve ser utilizado como descontaminação complementar quando há presença de infecção local como: limitação da abertura bucal, linfadenite, celulite e manifestações sistêmicas: taquicardia, mal-estar geral.

As *penicilinas* são os antibióticos de 1ª escolha, como amoxicilina. Em casos de gestantes que apresentem alergia, deve-se escolher a eritromicina, preferencialmente sob a forma de estearato, ao invés de estolato. Já nas infecções mais graves, bactérias anaeróbias gram-negativas, deve-se associar o uso de metronidazol à amoxicilina. Reserve-se a clindamicina para gestantes alérgicas às penicilinas. A troca de informações com o obstetra é recomendada antes do uso desses antibacterianos.

Não são recomendadas o uso de tetraciclina, claritromicina e azitromicina.

Uso do flúor na gestação: Não há estudos científicos com evidências suficientes da eficácia de suplementação de flúor durante a gravidez. Já no período pós-parto este é muito mais eficaz, devendo ser aplicado o mais cedo possível.

A eficácia do flúor na redução de cáries dentais, no período pós-natal, já se encontra bem estabelecida. Contudo, seu benefício durante a gestação é muito questionado.

O flúor exerce seu efeito cariostático não somente por sua incorporação ao esmalte, mas pela presença constante na cavidade bucal, contribuindo no equilíbrio do processo de desmineralização-rem mineralização do esmalte, que se inicia logo após a erupção dos dentes, por volta dos seis meses de idade. Por isso, é consensual que a suplementação de flúor na gestação não deve ser uma prática recomendada, independentemente da água de abastecimento público ser fluoretada.

A saliva também é um excelente agente remineralizador, no entanto o flúor apresenta maior importância no período pós-natal, devendo estar presente no meio bucal o mais cedo possível, seja por meio do bochecho com água ou com dentifrícios fluoretados.

Uso de medicamentos durante a lactação: O aleitamento materno é fundamental, devido a essa prática proporcionar benefícios de ordem imunológica, nutricional e afetiva ao bebê. Dentre os fatores responsáveis pela suspensão precoce da amamentação, estão os problemas relacionados aos riscos de exposição dos lactentes a medicamentos administrados às mães, o que pode gerar alteração na formação dos órgãos, tecidos fetais e atraso em seu desenvolvimento, conhecidos como efeitos teratogênicos e comumente ocorrem após a concepção, em torno da 2ª e 8ª semana.

Apesar da grande quantidade de dados científicos sobre a passagem de medicamentos para o leite materno, muitos médicos ainda preferem interromper a amamentação em vez de ajustá-la com a terapêutica materna. Além disso, há conflitos frequentes entre as informações contidas nas bulas dos medicamentos e as evidências científicas sobre o seu uso durante o aleitamento. O transporte de medicamentos do sangue para o leite materno ocorre pelos mesmos mecanismos existentes nas membranas biológicas: difusão simples e transporte ativo. Os fármacos, em sua maioria, são ácidos ou bases fracas, e assim irão se ionizar quando dissolvidos em meio aquoso. Os ácidos fracos se dissociam muito pouco; portanto, têm níveis maiores no plasma do que no leite. Ao contrário, as bases fracas se dissociam mais e apresentam níveis maiores no leite do que no plasma.

Fármacos de uso odontológico: Os fármacos de rotina na odontologia são divididos em cinco classes: anestésicos locais, analgésicos, anti-inflamatórios, antimicrobianos e ansiolíticos ou sedativos. De maneira geral, *as classificadas como seguras para uso na gravidez também são no período de lactação.*

A maioria dos medicamentos de uso odontológico e os anestésicos locais são excretados em pequena quantidade para o leite materno, porém em doses terapêuticas parecem não afetar o lactente.

O *diazepam*, é um benzodiazepínico muito utilizado para a sedação mínima, e pode se acumular no leite materno se utilizado de forma contínua, ocasionando letargia e perda de peso nos lactentes, o que normalmente não ocorre quando administrado como medicação pré-operatória em odontologia em dose única e de forma eventual.

No entanto, não se descarta a troca de informações com o médico pediatra, para se avaliar o uso de outro benzodiazepínico de ação mais curta (p. ex., midazolam).

A *dipirona sódica* e o *paracetamol* são analgésicos de uso compatível com a amamentação e seu uso é seguro para o controle da dor leve a moderada, assim como o ibuprofeno, o diclofenaco e o cetorolaco que também podem ser utilizados para controle de edemas.

A classe dos corticosteroides a betametasona é de uso compatível com a lactação, no entanto a dexametasona é de uso criterioso e deve-se evitar altas doses, pois não se tem evidências sobre sua transferência para o leite materno.

A aspirina deve ser evitada durante a gravidez, pois doses acima de 100mg de ácido acetilsalicílico aumentam o risco de aborto espontâneo, interferem na agregação plaquetária e aumentam o risco associado à síndrome de Reye.

Na odontologia os antibióticos mais prescritos como as *penicilinas*, a *eritromicina* e a *clindamicina* alcançam baixas concentrações no leite materno e por isso são comumente prescritos durante a lactação.

Apesar de não ter sido descrito nenhum efeito adverso, existem três problemas potenciais para a criança em aleitamento materno:

- a) Alteração da microbiota intestinal e bucal, predispondo-se à candidíase ou diarreia.

- b) Efeitos diretos na criança (p. ex., alergia e sensibilização).
- c) Interferência na interpretação do resultado de culturas, se for necessário investigar um quadro febril.

O metronidazol em maiores concentrações passa para o leite materno e pode deixar o leite com gosto metálico, reduzindo a ingestão do leite pela criança. O uso de doses baixas (500 mg/dia, em doses fracionadas), por tempo restrito (3 dias), parece ser compatível com o aleitamento materno. Recomenda-se o contato prévio com o pediatra da criança, antes de prescrever o metronidazol.

Princípios para uso de medicamentos nas lactantes: O risco versus benefício deve ser o princípio fundamental para a prescrição e uso de medicamentos em lactantes. Para auxiliar na tomada de decisão em relação ao uso de fármacos pela mulher que está amamentando os seguintes aspectos práticos devem ser considerados:

- Evitar prescrição de medicamentos desnecessários, avaliando a necessidade da terapia medicamentosa e sempre considerar o ajuste da dose para que não se perca o efeito da medicação.
- Orientar a gestante sobre automedicação, explicando que se deve procurar um profissional de saúde para que seja escolhido o melhor tratamento e prescrição, objetivando proporcionar medidas farmacológicas seguras durante a gestação.
- Optar por fármacos que sejam pouco excretados pelo leite materno e que tenha sido comprovado seu uso seguro durante a lactação.
- Indicar tratamentos e terapias de curto prazo, evitando drogas de ação prolongada pois são de difícil excreção pelo lactente. Por exemplo: na anestesia local, optar pela lidocaína ao invés da bupivacaína e na sedação mínima, por via oral, optar pelo midazolam em vez do Diazepam.
- Dá preferência por formas puras, evitando associações. Por exemplo: apenas dipirona ou apenas paracetamol, ao invés de preparações de dipirona + prometazina + adifenina ou paracetamol, + ácido acetilsalicílico + cafeína.

- Ao prescrever medicamentos, aprazar o horário que a droga será administrada a mãe, para evitar que o pico da medicação no sangue e no leite materno não coincida com o período de mamada.
- Orientar à mãe que observe a criança, caso ela necessite usar algum medicamento, a fim de detectar possíveis efeitos colaterais da medicação, tais como: hábitos de sono, padrões alimentares, tônus muscular, agitação, distúrbios gastrintestinais.
- Em casos que seja necessário a interrupção temporária da amamentação, orientar sobre a retirada do leite com antecedência e guardar no congelador para alimentar o bebê conforme as recomendações dos bancos de leite humano (*vide link*¹).
- Promover a educação em saúde para orientar a gestante em relação ao uso de medicamentos durante a gestação.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Health Care for Underserved Women. Oral health care during pregnancy and through the lifespan. **ACOG**, Washington, DC, n. 569, ago 2013. (reaffirmed 2017). ISSN 1074-861X.

ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. ISBN 978-85-367-0214-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1651-2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ALEITAMENTO MATERNO. Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação. **SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria**, [S. l.], n. 4, p. 1-18, ago 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Uso_Medicam_durante_Amament.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

¹ Link <http://www.bvsam.iciet.fiocruz.br/normastecnicas/doadoras.pdf>

DINIZ, Magda Laís Paiva. Hábitos de Higiene e Saúde Bucal de Gestantes Atendidas em um Hospital Universitário. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luis, MA, v. 19, n. 2, p. 61-65, 2018. ISSN 2236-6288.

EBRAHIM, Zahra Fernandes *et al.* Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**, v. 5, n. 1, p. 32-44, 2014. ISSN 2176-9095.

ODONTOLOGIA pré natal. *In: Odontologia Pardo Buck* [blog], 20 jun. 2016. Disponível em: <http://odontopardobuck.blogspot.com/2016/06/odontologia-pre-natal.html>. Acesso em: 17 nov. 2021.

RODRIGUES, Fábio *et al.* Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea / Local anesthesia in pregnant women in contemporary dentistry / La anestesia local en mujeres embarazadas en la odontología contemporánea. **Journal Health NPEPS**, [S. L.], v. 2, n. 1, p. 254-271, 2017. ISSN 2526-1010. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1835>. Acesso em: 28 nov. 2021.

TEIXEIRA, Luciana Uemoto. Odontologia e saúde oral em pacientes gestantes. **Revista Fluminense de Odontologia**, [S.L.], p. 18-27, 31 out. 2019. ISSN 1413-2966. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/ijosd.v0i0.38387>.



CAPÍTULO 4

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Lêda Lima da Silva

Katia Simone Kietzer

Rennan Adonis Pinheiro da Silva



ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

São inúmeros os fatores que influenciam a qualidade da vida de um idoso, dentre eles, as circunstâncias de saúde, as relações familiares, longevidade, disposição física, acesso ao lazer, prazer, espiritualidade, capacidade funcional, enfraquecimento, perda da capacidade funcional, deficiência física ou mental, nível de atividade física, parâmetros antropométricos e uso e acesso a medicamentos (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

O desejo em envelhecer de maneira saudável é crescente (GHEZZI; SHIP, 2000; OSMAN; KHALIFA; ALHAJJ, 2018) e, a partir do momento que a pessoa idosa torna-se impossibilitada de realizar suas atividades de maneira adequada a qualidade de vida, inclusive a saúde bucal é diretamente afetada (PISTORIUS *et al*, 2013; PIUVEZAM; LIMA, 2011). Mudanças nas condições sistêmicas, assim como seus tratamentos, ficam mais corriqueiros no período de envelhecimento, influenciando nas expectativas e na maneira de conduzir a vida (SHWE; WARD; THEIN, 2019).

Com o avançar da idade, aparecem também as consequências negativas em relação a saúde geral e bucal, como os dentes, gengivas, mucosas ou músculos. Doenças sistêmicas como a diabetes mellitus e a ingestão de determinados medicamentos podem diminuir o fluxo da saliva, e esta diminuição pode exacerbar o aparecimento de doenças bucais como cárie dentária e doença periodontal. Por outro lado, doenças bucais também são um agravante para doenças cardiovasculares e respiratórias infecciosas, endocardite, infecções articulares, abscessos cerebrais, dentre outras. (KREVE *et al*, 2019).

Debater sobre localidade dos idosos, avaliar suas características e o nível de acesso à saúde da boca é imprescindível, já que doenças como cárie e doença periodontal são comumente encontradas nessa população e podem ocasionar uma destruição dos elementos dentários, conseqüentemente, acarretando na exodontia dos elementos dentários, circunstância que afeta a qualidade da vida do idoso.

Figura 1 - Doença periodontal



Fonte: VOCE SABE..., [2015?], curso IPED)

Por isso, é de suma importância garantir acesso do idoso aos cuidados preventivos e curativos da boca. Há um tempo atrás, esse acesso era dificultado por diversos empecilhos presentes na assistência à saúde: as técnicas e recursos eram antiquados e os profissionais realizavam procedimentos simples de maneira precipitada e danificadoras. A velhice tem suas peculiaridades, e, na maioria das vezes, a saúde, a higienização e a condição do idoso estarão no mesmo nível, sobretudo aqueles idosos em circunstâncias de demência, portadores de enfermidades crônicas, entre outros, afetando sua higiene oral ou ocasionando dependência (SIMÕES; CARVALHO, 2011; BARBE *et al.*, 2017).

A junção entre o autocuidado bucal e a atenção dos profissionais de odontologia e cuidadores pelo idoso tem conseqüências positivas na vida e saúde dos mesmos quando efetivada continuamente e de forma adequada, sobretudo, a importância do odontólogo e demais profissionais que se envolvem neste trabalho, e do fortalecimento e ensejo das políticas neste contexto, uma vez que os estudos atualmente mostram longevidade da

população. O modelo da assistência aos idosos necessita ser atualizado continuamente, e a antiga forma de atenção à saúde bucal radical deve ser modificada, na busca para proporcionar a eles qualidade de vida, oportunidade de autocuidado e prevenção de enfermidades bucais, das quais, na maioria das vezes, agravam e desencadeiam riscos sistêmicos (SIMÕES; CARVALHO, 2011). A sua prevenção consiste em medidas de instruções de higiene oral e seu tratamento consiste em procedimentos de profilaxia, raspagens e alisamentos radiculares, eliminando os fatores irritantes.

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D19:	Problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.
-------------	---

CID utilizado:

K053:	Periodontite Crônica.
--------------	-----------------------

Procedimento do Local/Sextante:

0307030059	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextantes).
-------------------	---

Procedimento do Local/Sextante:

0307030040	Profilaxia/remoção de placa bacteriana.
-------------------	---

Procedimento do Local/Outro:

0101020074	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão).
-------------------	--

O idoso (acima de 60 anos)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o idoso necessita de uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção multiprofissional, não somente pela necessidade do processo fisiológico de envelhecimento, como também, por exibir alterações e enfermidades sistêmicas e múltiplas acompanhantes às respostas inadequadas às drogas específicas.

O entendimento da circunstância sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é necessário para a construção de um planejamento preventivo/terapêutico apropriado à sua especificidade. A gravidade das doenças bucais, o estado de conservação dos elementos dentários e a predominância de edentulismo (perda de dentes na arcada dentaria superior, inferior ou em ambas) (**Figura 2**) são consequências, sobretudo, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços odontológicos, com forte componente social.

Figura 2 - Edentulismo



Fonte: (BOTAZSOLTI, [2017?])

Assim como no adulto, o idoso esteve por muito tempo sem uma oferta de cuidados que notassem suas características e especificidades. No atendimento odontológico do idoso, é de suma importância o trabalho multiprofissional, sendo imprescindível, o trabalho com os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

A promoção de saúde odontológica em idosos, busca garantir e reestabelecer o bem-estar, a melhorando a qualidade de vida e a autoestima para esse idoso, proporcionando uma melhor mastigação, estética e fonação. O envolvimento da família ou dos cuidadores juntamente com a equipe multidisciplinar, fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso.

Dados do Ministério da Saúde, publicado na cartilha de Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, com base nas estimativas do IBGE, mostraram que em 2014, a população de idosos no Brasil era de 20,6 milhões (10,8%) e a expectativa é que, em 2060, o País tenha um total de 58,4 milhões de pessoas idosas (26,7% do total). Ainda há grande desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as especificidades do envelhecimento, o que impede a abordagem de procedimentos específicos que contemplem a necessidade real de tratamento para esses indivíduos. (BRASIL, 2018, p. 115; IBGE *apud* PORTELA, 2014).

Quadro 1 - Principais doenças que afetam o idoso

Principais doenças que afetam o idoso		
Principais Doenças	Perda dentária	A perda dentária constitui a expressão máxima de más condições de saúde bucal e representa o efeito cumulativo das doenças bucais. É resultante do nível de gravidade das doenças bucais, do modelo de atenção vigente e da maneira como as pessoas entendem o agravo. Além de constituir uma marca de desigualdade social, causa problemas funcionais como a diminuição da capacidade mastigatória que limita o consumo de alimentos, afeta a fonação e a estética. (TEIXEIRA <i>et al</i> , 2016, p. 2).
	Cárie dentária	É provocada pela ação de determinadas bactérias que podem originar a destruição parcial ou total do dente. A presença dessas bactérias na boca, associada a uma alimentação inadequada e a uma higiene bucal deficiente, facilita o aparecimento de cáries. Em situações extremas, a cárie dentária pode originar infecções de extensão variável e que podem ter graves repercussões na saúde geral do indivíduo. (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, [2014?]).
	Doenças periodontal	Doença periodontal é o termo utilizado para se referir ao vasto leque da doença gengival, como gengivite e periodontite. (PARODONTAX, [entre 2011 e 2015]).
	Xerostomia	Xerostomia é uma condição associada a baixa produção de saliva pelas glândulas salivares. (BRUNA, 2014).
	Lesão de tecidos moles	Silva (<i>et al</i> , 2008), observou que as principais alterações em tecido mole no idoso são flacidez de tecido mole (81,3%), varicosidade lingual (75,7%) e língua saburrosa (68,2%), além disso ulcerações e traumas protéticos são encontrados decorrente a menor irrigação sanguínea.

Fonte: Organizado pelo autor.

Esses problemas produzem uma incapacidade enorme na vida dessa população, que nem sempre são percebidas como fatores que provocam perdas funcionais e psicológicas importantes.

Portanto, o envelhecimento da população requer novos arranjos organizacionais de saúde, de forma a promover não apenas a longitudinalidade, mas também restabelecer a qualidade de vida para esse idoso, sempre destacando a relevância do cuidado e de uma abordagem interdisciplinar dos fatores comuns de risco e agravantes. Vale destacar também que a prestação de cuidados à saúde da pessoa idosa é necessariamente multiprofissional, tendo em vista a presença das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a importância do cuidado longitudinal. Desta forma, a promoção da saúde bucal para idosos deve envolver especialmente as áreas de Educação em Saúde, Nutrição, prevenção de câncer, controle do tabaco e do álcool, na perspectiva do curso de vida e dos fatores comuns de risco.

É imprescindível que os serviços de saúde, principalmente os voltados às estratégias de saúde da família, criem mecanismos de educação permanente para alcançar os profissionais de saúde bucal e prepará-los para colocar em prática abordagens que levem em consideração a heterogeneidade e particularidades do envelhecimento da população brasileira, com objetivo de controlar a carga de doenças crônicas nesta população, a multimorbidade e os fatores comuns de risco.

Referências

BARBE, Anna Greta *et al.* Self-assessment of oral health, dental health care and oral health-related quality of life among Parkinson's disease patients. **Gerodontology**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 135-143, 27 maio 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12237>.

BOTAZSOLTI. Toothless maxilla in course of prosthetics dental treatment. **Shutterstock**, [2017?]. 1 foto, 3444 × 2322 pixels, 11,5 × 7,7 pol., DPI 300, Formato jpeg. Disponível em:

<https://www.shutterstock.com/pt/image-photo/toothless-maxilla-course-prosthetics-dental-treatment-129331385>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17) ISBN 85-334-1228-2. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRUNA, Maria Helena Varella. Xerostomia (Boca seca). *In*: VARELLA, Drauzio. **UOL** [Portal Drauzio Varella], 18 fev. 2014. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/xerostomia-boca-seca/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

GHEZZI, Elisa M.; SHIP, Jonathan A.. Systemic Diseases and Their Treatments in the Elderly: impact on oral health. **Journal Of Public Health Dentistry**, [S.L.], v. 60, n. 4, p. 289-296, dez. 2000. ISSN 1752-7325. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-7325.2000.tb03337.x>

KREVE, Simone *et al.* Autopercepção da saúde bucal de idosos. **Clinical And Laboratorial Research In Dentistry**, São Paulo, p. 1-9, 19 mar. 2020. ISSN 2357-8041. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2357-8041.clrd.2020.160816>.

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS. Cárie e dentisteria: perguntas e respostas úteis. [2014?]. Disponível em: <https://www.omd.pt/publico/carie-dentisteria/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

OSMAN, Sarah M.; KHALIFA, Nadia; ALHAJJ, Mohammed Nasser. Validation and comparison of the Arabic versions of GOHAI and OHIP-14 in patients with and without denture experience. **Bmc Oral Health**, [S.L.], v. 18, n. 1, 17 set. 2018. ISSN 1472-6831. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-018-0620-5>.

PARODONTAX. O que é a doença periodontal?. [entre 2011 e 2015]. Disponível em: <https://www.parodontax.pt/novidades/what-is-periodontal-disease>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PEREIRA, Déborah Santana; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, dez. 2015. ISSN 1981-2256. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14123>.

PISTORIUS, Jutta *et al.* Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Removable Dentures. **Schweiz Monatsschr Zahnmed**, Alemanha, v. 123, n. 11, p. 964-971, 2013. ISSN 1011-4203.

PIUVEZAM, Grasiela; LIMA, Kenio Costa de. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. **Archives Of Gerontology And Geriatrics**, [S.L.], v. 55, n. 1, p. 5-11, jul. 2012. ISSN 0167-4943. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.017>.

PORTELA, Graça. Brasil começa a ser reconhecido por políticas públicas em favor de idosos. **AFN Notícias**, Rio de Janeiro, 8 jan. 2014. Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/brasil-
come%C3%A7a-ser-reconhecido-por-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-em-favor-de-idosos](https://agencia.fiocruz.br/brasil-come%C3%A7a-ser-reconhecido-por-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-em-favor-de-idosos). Acesso em: 15 dez. 2021.

SHWE, Phu Sabei; WARD, Stephanie A.; THEIN, Paul M.; JUNCKERSTORFF, Ralph. Frailty, oral health and nutrition in geriatrics inpatients: a cross sectional study. **Gerodontology**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 223-228, 12 mar. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12397>.

SILVA, Soluete Oliveira da *et al.* Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo-RS. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 303-308, jul./set. 2008.

SIMÕES, Ana Carolina de Assis; CARVALHO, Denise Maciel. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 2975-2982, jun. 2011. ISSN 1678-4561. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600035>.

TEIXEIRA, Doralice Severo da Cruz *et al.* Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 8, p. 1-12, 2016. ISSN 1678-4464. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00017215>.

VOCÊ SABE o que é uma doença periodontal?: as doenças de origem periodontais são um dos maiores fatores da perda dos dentes de adultos e até mesmo de crianças!. **Cursos IPED**. São Paulo, [12 jan. 2015?]. Disponível em: <https://www.iped.com.br/materias/odontologia/doenca-periodontal.html>. Acesso em: 16 nov. 2021.

OUTRAS FONTES PESQUISADAS

EMAMI, Elham; SOUZA, Raphael Freitas de; KABAWAT, Marla; FEINE, Jocelyne S.. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. **International Journal Of Dentistry**, [S.L.], v. 2013, p. 1-7, 2013. ISSN 1687-8736. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/498305>.

GIL-MONTOYA, José *et al.* Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. **Clinical Interventions In Aging**, [S.L.], p. 461-467, fev. 2015. ISSN 1178-1998. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s54630>.

LAMSTER, Ira B. *et al.* The aging mouth: differentiating normal aging from disease. **Periodontology 2000**, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 96-107, 8 ago. 2016. ISSN 1600-075. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/prd.12131>.

LEE, Seung Hee; KIM, Young Bum. Which type of social activities may reduce cognitive decline in the elderly?: a longitudinal population-based study. **Bmc Geriatrics**, Londres, v. 16, n. 1, 27 set. 2016. ISSN 1471-2318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-016-0343-x>.

RIBEIRO, Karine Ataiades *et al.* Saúde bucal no envelhecimento: aspectos periodontais e breves considerações clínicas. **Revista Portal de Divulgação**, v. 6, n. 48, p. 32-40, mar./maio 2016. ISSN 2178-3454.

SAMPAIO, Priscila Yukari Sewo *et al.* Differences in lifestyle, physical performance and quality of life between frail and robust Brazilian community-dwelling elderly women. **Geriatrics & Gerontology International**, [S.L.], v. 16, n. 7, p. 829-835, 5 ago. 2015. ISSN 1447-0594. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12562>.

SCANNAPIECO, Frank A.; CANTOS, Albert. Oral inflammation and infection, and chronic medical diseases: implications for the elderly. **Periodontology 2000**, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 153-175, 8 ago. 2016. ISSN 1600-075. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/prd.12129>.

SCHIMMEL Martin *et al.*. Masticatory function and nutrition in old age. **Swiss Dent J.**, Switzerland, Ale, v. 125, n. 4, p. 449-454, 2015. ISSN 2296-6501.

VON HUMBOLDT, Sofia; LEAL, Isabel; PIMENTA, Filipa. Living Well in Later Life: the influence of sense of coherence, and socio-demographic, lifestyle and health-related factors on older adults satisfaction with life. **Applied Research In Quality Of Life**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 631-642, 10 set. 2013. ISSN 1871-2584. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11482-013-9262-6>.



CAPÍTULO 5

ATENÇÃO ESPECIAL ÀS DOENÇAS CRÔNICAS, PACIENTES COM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS, À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E AO CÂNCER DE BOCA

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Ana Paula Aparecida dos Santos Varela

Thiago Cardoso Vianna



ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

Como promotores de saúde os odontólogos têm um grande potencial para rastrear doenças e aconselhar os pacientes em relação a alteração de hábitos nocivos à saúde, sendo imprescindível que o profissional conheça as implicações das alterações sistêmicas que podem impactar em algum tratamento odontológico.

Hipertensão Arterial

Em consonância com as diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020, por definição a Hipertensão Arterial (HA) é uma enfermidade crônica, multifatorial, definida por níveis pressóricos, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida corretamente, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na carência de medicação anti-hipertensiva, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. (BARROSO *et al*, 2021).

Os hipertensos devem receber atendimento clínico na atenção básica além do acompanhamento inerente a sua condição crônica, também consultas que orientem quanto a dieta e controle de biofilme dental. (BRASIL, 2018).

Lembre-se antes da consulta odontológica:

- Caso paciente precise de procedimento invasivo, que é aquele em que prevê sangramento, marcar consulta mediante avaliação de risco só assim há segurança na execução do procedimento;
- Procure agendar esse público de pacientes preferencialmente à tarde;
- Se for urgência (*pulpites*, abscessos, entre outros): não está claramente estabelecido valor de PA seguro para a efetivação de um procedimento de urgência, porém, na prática clínica, adotam-se os valores de PA até 180/110mmHg como valores limites para intervir em episódio de urgência odontológica sem avaliação médica imediata, mas caso haja presença do médico consultar antes de realizar procedimento (HERMAN; KONZELMAN; PRISANT, 2004).

Lembre-se durante a consulta:

- Antes de qualquer procedimento verifique a pressão arterial*, frequência cardíaca e frequência respiratória;
- Se no atendimento que não for de urgência a PA chegar a 180/110mmHg, pare tudo, observe, caso não reduza encaminhe para médico da unidade;
- Evite realizar procedimentos estressantes, demorados e dolorosos em um dia só, pois os mesmos podem provocar liberação endógena de catecolaminas.
- Avalie sempre risco/benefício que o procedimento odontológico trará ao paciente, tal como a necessidade emergência;
- Se for necessário já inicie a prevenção com profilaxia antibacteriana, e em pacientes portadores de cardiopatia fique atento, elimine qualquer foco infeccioso da boca e pense sempre além, ainda na prevenção desse evento;

* **Importante:** - Níveis tensionais abaixo de 140/90 mmHg, podem receber qualquer tratamento odontológico / Nas circunstâncias que a PA do usuário se encontra com valores 180/100 mmHg, deve-se suspender o atendimento e encaminhar para consulta na mesma UBS. / Dose máxima de epinefrina na solução anestésica local, que pode ser administrada com segurança durante um procedimento dentário em pacientes cardiovasculares controlada é 0,04 mg por atendimento (ANDRADE; VOLPATO, 2014).

- Sempre questione se deve ou não empregar soluções anestésicas com vasoconstritor em pacientes portadores de doença cardiovascular. “Os efeitos da epinefrina na pressão arterial (PA) dependem da dose e da via de administração”. Caso haja necessidade discuta o plano terapêutico com médico do paciente, principalmente em situações onde os “procedimentos odontológicos demandam maior tempo de duração ou requerem *anestesia pulpar efetiva*, casos em que as soluções anestésicas locais sem vasoconstritor não promovem a eficácia desejada”. (ANDRADE; VOLPATO, 2014, p. 175-177).

Lembre-se depois da consulta:

- Equipe UBS manter acompanhamento do paciente no programa e caso houver necessidade reagendar novas consultas

Diabetes

Diabetes melito (DM) pode ser considerado como uma enfermidade metabólica sistêmica crônica, que constitui deficiência parcial ou total de insulina (ANDRADE, 2014).

O cuidado cavidade oral em portadores de diabetes mellitus é imprescindível para o controle dos níveis glicêmicos, além de orientações de dieta e controle do biofilme dental assim como nos pacientes hipertensos. Pacientes controlados, que não apresentam complicações crônicas, com higiene bucal eficiente e acompanhamento médico diário podem ser atendidos sem necessidade de atenção especial, já que os mesmos respondem de forma positiva e da mesma maneira que pacientes não diabéticos. (BRASIL, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; SALCI *et al.*, 2020).

Lembre-se antes da consulta odontológica:

- Fazer um planejamento de atendimento breve;
- Agendar consulta preferencialmente pela manhã, diferentemente do hipertenso;

- Peça para que ele venha antes do horário agendado, para medir a glicemia capilar, e caso precise ser medicado isso seja feito antes e ele não perca sua consulta;

Lembre-se durante a consulta:

- Realizar cautelosa anamnese e exame clínico, buscando entender o grau e o tipo de doença e se já tem comorbidades associadas. Caso não seja sabidamente diabético observar os principais sinais e sintomas da doença que são a poliúria, polidipsia, polifagia, glicosúria e perda de peso;
- Realizar solicitação de exames complementares de imagem e laboratoriais, de acordo com o procedimento a ser executado;
- Se o paciente apresentar hipoglicemia, caso esteja consciente, finalizar o atendimento.
- Atentar-se aos procedimentos de acordo com o risco do paciente:
 1. Baixo risco – Com os cuidados normais porem ser executados procedimentos cirúrgicos e clínicos.
 2. Risco moderado – Poder ser realizado radiografias, orientação sobre cuidados com a higiene bucal, tratamento restaurador, profilaxias, raspagens, polimentos e tratamento endodôntico, e fazer solicitação sempre de avaliação médica.
 3. Alto risco – Em casos de infecções ativas realizar tratamento odontológico de maneira simples, procedimentos não cirúrgicos. Cirúrgicos menores há necessidade de ajuste da dose de insulina pelo médico, em casos de grandes procedimentos cirúrgicos odontológicos realizar internação. Se não houver quadro de infecção odontológica ativa protelar o tratamento até melhora das condições metabólicas (BRASIL, 2018).
- Quanto ao uso de medicamentos para redução dor e estresse, podem ser empregados medicamentos para sedação mínima (midazolam, alprazolam, diazepam ou lorazepam em idosos, nas mesmas dosagens empregadas para pacientes normais ou

“sedação inalatória com a mistura dos gases óxido nitroso e oxigênio”. (ANDRADE, 2014, p. 207).

Lembre-se depois da consulta:

- Considerar a maior suscetibilidade a infecções e doença periodontal, portanto orientar equipe da UBS a durante consultas médicas de rotina observar e se necessário encaminhar para novo atendimento odontológico.

Importante:

- Baixo risco: nível de glicose em jejum < 200 mg/dl assintomáticos;
- Risco moderado: nível de glicose em jejum 200 < 250 mg/dl sintomas ocasionais;
- Alto risco: nível de glicose em jejum algumas vezes > 250 mg/dl sintomas frequentes, múltiplas complicações

ATENÇÃO AOS PACIENTES COM HIV/AIDS

E

HEPATITES VIRAIS

HIV/AIDS:

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma enfermidade causada após a contaminação do organismo humano pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A aids é a manifestação clínica avançada da infecção pelos vírus. Dentre os sinais clínicos da doença, é comum o início pela cavidade bucal e estruturas adjacentes, tendo o odontólogo um papel importante na identificação dessas alterações e nos cuidados bucais. (BRASIL, 2018).

Lembre-se antes da consulta odontológica:

- Profissional deve observar as normas de biossegurança, tornando mínimo potenciais riscos de auto contaminação e/ou contaminação equipe auxiliar.
- Só encaminhar esse paciente para um centro odontológico especializado em casos de complicações sistêmicas avançadas, necessidade de exames de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outros tratamentos necessários como endodontia, prótese, etc.

Lembre-se durante a consulta:

- Fazer anamnese e exame clínico, com objetivo de conhecer a história clínica atual;
- Analisar o estado imunológico;
- Realizar solicitação de exames complementares de imagem e laboratoriais, de acordo o procedimento a ser executado (se cruentos: hemograma com plaquetas – variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas; coagulograma – TP, TTPA e INR; contagem de CD4 e avaliação médica por escrito ou por telefone)*;
- Caso seja necessário já inicie a proteção com profilaxia antibiótica** considerando as condições sistêmicas;
- Sempre buscar a prevenção e o tratamento das lesões estomatológicas (infecções oportunistas, doença periodontal, lesões de tecidos moles, neoplasias) e o controle dos efeitos das medicações (xerostomia);

* Importante - Se cruentos deve-se analisar os resultados dos exames laboratoriais e só realizar se existir possibilidade de terapia de suporte para o controle de infecções e hemorragias. Se não cruentos necessitam ser efetivados normalmente.

** Terapia medicamentosa: Ao realizar procedimento com risco de bacteremia e de acordo a contagem de CD4 (>que 500 células/ μ l - realizar o tratamento odontológico convencional, nesse caso profilaxia indicada somente em risco de endocardite bacteriana; < que 500 células/ μ l - comprometimento imunológico; <que 200 células/ μ l - grave comprometimento imunológico).

- Realizar o plano de tratamento com procedimentos odontológicos de forma segura, de acordo com cada técnica;
- Achados mais comuns: Candidíase, Doenças periodontais, Leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi, infecção pelo herpes simples.

Lembre-se depois da consulta:

- Conforme o plano terapêutico elaborado manter acompanhamento do paciente até finalização do tratamento, realizando reavaliações periódicas conforme necessidade e agendamento de novas consultas de manutenção trimestralmente.

Hepatites virais

Hepatite são inflamações do fígado, sendo as virais mais frequentes, motivadas pelos vírus hepatotrópicos mais comuns: A, B, C, D, E, F e G (BRASIL, 2018).

Lembre-se antes da consulta odontológica:

- ✓ Lembrar da necessidade de evitar o atendimento demorado e com múltiplas e intervenções complexas cruentas.

Lembre-se durante a consulta:

- Realizar anamnese e apropriado exame clínico observando os principais sinais e sintomas das hepatites e a repercussão bucal de seu tratamento;
- Durante o exame clínico, ficar atento a alterações associadas à hepatite, como por exemplo líquen plano e sialodenite;
- Realizar solicitação de exames extras de imagem e laboratoriais, de acordo com o procedimento a ser executado (se cruentos: sobretudo o hemograma com plaquetas – variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas; coagulograma – TP, TTPA e INR; e avaliação médica).

- Analisar a necessidade de preparo e cuidados com relação à coagulação sanguínea e profilaxia antibiótica;
- Atenção na presença de doença hepática avançada ou cirrose hepática, histórico de peritonite bacteriana espontânea, ascite ou condições clínicas que podem se deteriorar após tratamento invasivos, realizar então, a profilaxia antibiótica antes de tratamento odontológicos cruentos;
- Caso o paciente seja portador de hepatite viral aguda, protelar o tratamento odontológico eletivo, sempre que possível.
- Realizar plano de tratamento odontológico individualizado;
- Pode haver repercussão bucal nos casos de hepatite C que interferem nos cuidados odontológicos, fique atento por exemplo a manifestação como líquen plano oral (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Lembre-se depois da consulta:

- ✓ Conforme o plano terapêutico elaborado manter acompanhamento do paciente até término do tratamento, realizando reavaliações periódicas conforme necessidade e agendamento de novas consultas de manutenção.

Importante:

Não utilizar fármacos com amplo potencial hepatotóxico (acetaminofeno, paracetamol, ácido acetilsalicílico (AAS), azitromicina).

ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Os portadores de deficiência devem em sua totalidade, ser atendidos na Atenção Básica. O profissional e sua equipe devem procurar uma forma de comunicação,

adequação do ambiente para o estabelecimento com devidas adaptações, acessibilidade e principalmente equipes capacitadas (MACÊDO *et al*, 2018).

Nos casos de deficiência na qual o paciente não for colaborativo ou apresentar comprometimento severo realizar encaminhamento para o Centro Especializado em Odontologia mais próximo, onde o mesmo será atendido e avaliado caso haja necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral ou sedação (BRASIL, 2018).

Alguns tipos:

<i>Deficiência Auditiva</i>	Portadores de perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, podendo ter variação de graus e níveis, classificados entre surdez leve à anacusia.
<i>Deficiência física</i>	Alteração completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, causando o comprometimento da função física.
<i>Deficiência visual</i>	Pessoa com acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou episódio simultânea das duas as situações.
<i>Deficiência mental</i>	É a incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto comprometimento no comportamento adaptativo (BRIDI; BAPTISTA, 2014)

Lembre-se antes da consulta odontológica:

- ✓ Identificar previamente o tipo de deficiência para planejar as adequações do ambiente ou caso profissional necessite de auxílio equipe multiprofissional;

Lembre-se durante a consulta:

- ✓ Sempre que estiver acompanhado de cuidador, manter sua presença;
- Elaboração do plano de tratamento odontológico individualizado;
- Paciente com deficiência auditiva – comunicar-se por Libras, caso não seja possível, utilizar escrita, desenho, gestos e mímicas, mantendo-se sempre de frente para a

pessoa com máscara adaptada para que o paciente visualize a boca do profissional, quando for se comunicar para proporcionar a leitura labial;

- Paciente portador de deficiência física caso não consigam posicionar-se sozinhos, auxiliá-los ou pedir auxílio dos cuidadores, determinadas deficiências físicas e distúrbios neuropsicomotores, sobretudo em casos de paralisia cerebral, apresentarão seu atendimento em melhores condições quando posicionados de maneira adequada na cadeira odontológica com almofadas e apoios, alinhamento vertical em pessoas que possuem reflexos involuntários exacerbados;
- Paciente com deficiência mental possuem dificuldade de manter bons hábitos de higiene, dificuldades na coordenação motora, diminuição do fluxo salivar devido ao uso de medicamentos e dificuldade de acesso a serviços odontológicos, sendo acometidos por elevados índices de cárie, traumatismo dentário, mal oclusões, doença gengival, infecções periodontais e hiperplasia gengival, portanto é de suma importância orientar sempre a família ou cuidador (SOARES *et al.*, 2013)
- Para o atendimento odontológico ocorrer de maneira adequada, é imprescindível explicar previamente o que será necessário, mostrar como funcionam os equipamentos e como constituirá o seu tratamento, demonstrando de acordo com a deficiência do paciente os instrumentos que serão utilizados e as orientações de cuidados bucais;
- O portador de deficiência auditiva tem como intensa maneira de percepção do ambiente as vibrações e, dessa forma, percebe com mais magnitude as vibrações táteis. É, assim, indispensável que o tratamento odontológico seja guiado pelas vibrações. A caneta de alta rotação e, sobretudo, a de baixa rotação têm intensa vibração e algumas vezes é difícil para o sujeito tolerar esta vibração. Antes de começar qualquer procedimento, aconselha-se habitua-lo à vibração do motor. Pode-se pedir a pessoa para tocar e deixar-se sentir as vibrações com contato colocando em: mão, unha, rosto e por último no dente. O tratamento odontológico deve ser

explicado de maneira clara e cada colocação de jatos de ar e água ou utilização de instrumentos, de alta e baixa rotação, deve ser informada;

- O deficiente visual quanto as orientações sobre os cuidados bucais priorizar a exploração dos outros sentidos usando material com ilustração em alto relevo, material de áudio e folhetos em braile para complementar as informações verbais e ensinar a escovação orientando na boca, para que com o toque direcionado pelo profissional, aprenda a localizar onde pode haver acúmulo do biofilme e aprenda o próprio ato de escovar corretamente.

Lembre-se depois da consulta:

- ✓ Conforme o plano terapêutico elaborado manter acompanhamento do paciente até término do tratamento, realizando reavaliações periódicas conforme necessidade e agendamento de novas consultas e apoio da equipe multiprofissional.

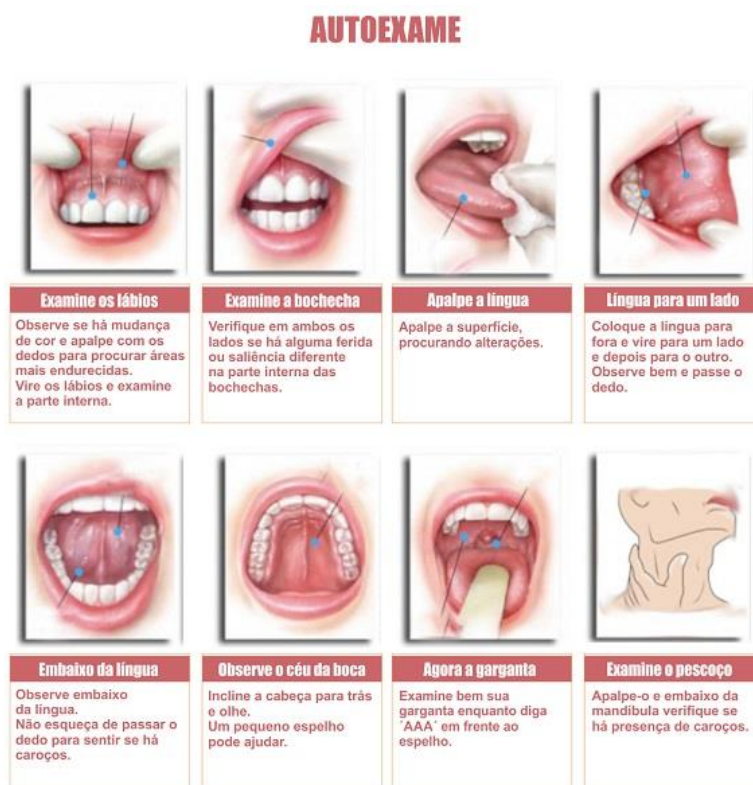
ATENÇÃO AO CÂNCER DE BOCA

As importantes formas de tratamento de neoplasias malignas é a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, isoladas ou associadas, estas modalidades geralmente apresentam manifestações bucais. Por isso, o acompanhamento odontológico na Atenção Básica é necessário em todas as fases do tratamento oncológico.

No caso do câncer de boca, o diagnóstico é tardio, o que compromete o prognóstico e a sobrevida (BRASIL, 2018; ALDOSSRI *et al*, 2020).

É imprescindível que o profissional fale da importância do auto exame de boca (figura 1), tanto em palestras ministradas como nas consultas, orientando o paciente como deve ser realizado o auto exame. Na imagem abaixo contém um exemplo de como deve ser realizado:

Figura 1 - Auto exame do câncer de boca.



Se notar qualquer alteração ou sinal que persista por mais de 15 dias, procure um dentista.

Fonte: (HOSPITAL AMARAL CARVALHO, 2016)

Atuação do profissional cirurgião dentista na atenção básica deve sempre ser voltada para atuação preventiva nos três níveis. Primária com ações que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença. Secundária visando o diagnóstico precoce em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica (LANGTON *et al*, 2020). Terciária visando limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento (TORRES-PEREIRA *et al*, 2012; SILVA *et al*, 2018; RUTKOWSKA *et al*, 2020; BRAUN *et al*, 2020).

Lembre-se antes da consulta odontológica:

- ✓ Todo paciente oncológico deve ter atendimento odontológico anterior ao tratamento, com objetivo de identificar e extinguir possíveis focos de infecção bucal, durante e após o tratamento oncológico, com intuito manter a saúde bucal;

- ✓ Devem ser instituídas ações de rastreio com apoio da equipe multiprofissional em visitas domiciliares e dentro de programas da própria unidade de saúde, para busca ativa de paciente;

Lembre-se durante a consulta:

- ✓ Executar anamnese e exame clínico, objetivando conhecer a história clínica atual;
- ✓ Abordagem antes do tratamento oncológico: identificar fatores individuais que podem intervir no atendimento e em doenças bucais preexistentes, na qual o tratamento imediato inclui as extrações de dentes irrestauráveis ou doença periodontal avançada.
- ✓ Verificar o registro do tratamento oncológico proposto: dose de radiação, ou o tipo de cirurgia ou quimioterapia onde áreas específicas que receberem doses com mais de 60 Grays devem ser sinalizadas como máximo risco de alterações, sobretudo se as glândulas salivares maiores estiverem incluídas. Caso o paciente use próteses totais, deve ser aconselhado a evitar usá-las até que o tratamento oncológico tenha finalizado.
- ✓ Organizar plano de tratamento odontológico individualizado;
- ✓ Para todos os pacientes oncológicos: realizar adequação do meio bucal;
- ✓ Oncoterapia: o preparo odontológico que tem objetivo de extinguir ou minimizar a infecção presente (THELIN *et al.* 2008).
- ✓ Corriqueiro encontrar no câncer de boca: dentes irrecuperáveis, raízes residuais, dentes inclusos, uso de próteses, alterações periodontais, cáries, candidíase e xerostomia.
- ✓ Em pacientes que apresentam carcinomas espinocelulares em cabeça e pescoço: Deve-se realizar tratamento odontológico anterior a radioterapia;
- ✓ Pacientes que visitam periodicamente consultórios odontológicos: profilaxias e tratamentos curativos;

Lembre-se depois da consulta!

- ✓ De acordo com o plano terapêutico escolhido manter acompanhamento do paciente até término do tratamento, executando reavaliações de acordo com a necessidade e agendamento de novas consultas.

Importante:

Complicações bucais decorrentes da quimioterapia incluem infecções dos tecidos moles, hemorragias, hipossalivação, alteração de paladar e mucosite.

Caso o profissional detecte alterações de tecidos moles:

Durante a consulta odontológica, a anamnese deve coletar ao máximo informações sobre a queixa principal, história médica, odontológica, antecedentes familiares, e demais dados que possam ser relevantes para a elaboração de uma hipótese diagnóstica. Além disso, um minucioso exame clínico intraoral e extraoral deve ser realizado (PMSP). Kleinman; Swango; Pindborg (1994) propuseram uma sequência na qual as estruturas anatômicas devem ser examinadas:

1. Semimucosa labial superior;
2. Mucosa labial superior;
3. Mucosa alveolar superior;
4. Gengiva e rebordo superior;
5. Palato duro;
6. Palato mole;
7. Orofaringe;
8. Dorso da língua;
9. Bordas laterais da língua;
10. Ventre da língua;
11. Assoalho bucal;
12. Gengiva e rebordos inferiores;
13. Mucosa alveolar inferior;
14. Mucosa jugal direita e esquerda;
15. Mucosa labial inferior;
16. Semimucosa labial inferior;
17. Comissuras labiais.

Ao ser constatado qualquer alteração de cor, forma e volume na cavidade oral, o cirurgião dentista pode solicitar a realização de exames complementares, como por exemplo as biópsias. Além do material colhido com a biópsia, dados como história do paciente, exame clínico e resultados de outros exames complementares são usados em

conjunto para a definição do diagnóstico final. Consistem “[...] basicamente na coleta de tecidos alterados de um organismo vivo como finalidade de diagnóstico, que é realizado por meio de uma análise histopatológica” (BRAZAO-SILVA; CARVALHO; PINTO, 2018, p. 198).

Ainda de acordo com Brazão-Silva; Carvalho; Pinto (2018, p. 198), as biópsias podem ser classificadas em: **Incisional**, onde remove-se parcialmente a lesão, sendo ideal um fragmento de 5mm de diâmetro e 5 mm de profundidade e está indicada para lesões maiores de 1 centímetro ou que estejam em regiões desfavoráveis; **Excisional**, que está “indicada para lesões pequenas, com diâmetro menor que 1 cm”, como também é utilizada para lesões bem definidas e pediculadas. Ainda segundo o autor, as biópsias estão indicadas em algumas situações clínicas:

- ✓ Lesões inflamatórias que não respondem em duas semanas;
- ✓ Todas as lesões de mucosa que apresentem alterações significativas e persistentes de cor, mudança de aparência, ulcerações, proliferações e situações em que há a presença massas espessas e profundas à palpação;
- ✓ Lesões potencialmente malignas de mucosa;
- ✓ Hiperplasias e exostoses;
- ✓ Processos infecciosos a fim de estabelecer o agente etiológico;
- ✓ Qualquer lesão na boca presente por mais de 10 dias, cujo aspecto e história clínica, não permitam diagnóstico conclusivo.

Referências

ALDOSSRI, Musfe *et al.* Dentists' Capacity to Mitigate the Burden of Oral Cancers in Ontario, Canada. **J Can Dent Assoc**, v. 86, n. k2, fev. 2020. ISSN 0709-8936.

ANDRADE, Eduardo Dias de. Diabéticos. *In*: ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica medicamentosa em odontologia. Dados eletrônicos**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 205-209.

ANDRADE, Eduardo Dias de; VOLPATO, Maria Cristina. Portadores de doenças cardiovasculares. *In: ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). Terapêutica medicamentosa em odontologia. Dados eletrônicos*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 175-194.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol.**, v. 11, n. 3, p.516-658, 2021. eISSN 1678-4170. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0.

BRAZAO-SILVA, Marco Túlio; CARVALHO, Biancade Oliveira; PINTO, Rodrigo Alves. A biópsia na prática odontológica: revisão de literatura. **RvACBO**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 197-203, 2018. ISSN 2316-7262.

BRAUN, Liliana W. *et al.* Continuing education activities improve dentists' self-efficacy to manage oral mucosal lesions and oral cancer. **European Journal Of Dental Education**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 28-34, 30 ago. 2020. ISSN 1600-0579. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/eje.12574>.

BRIDI, Fabiane Romano de Souza; BAPTISTA, Claudio Roberto. Deficiência mental: o que dizem os manuais diagnósticos?. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 27, n. 49, p. 499-512, 2 jun. 2014. ISSN 984-686X. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1984686x13393>.

HERMAN, Wayne W.; KONZELMAN, Joseph L.; PRISANT, L. Michael. New national guidelines on hypertension. **The Journal Of The American Dental Association (JADA)**, [S.L.], v. 135, n. 5, p. 576-584, maio 2004. ISSN 0002-8177. DOI: <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0244>.

HOSPITAL AMARAL CARVALHO. Fundação Amaral Carvalho. Semana Nacional de prevenção do câncer bucal. *In: ASSESSORIA DE IMPRENSA AMARAL CARVALHO. Acontece Botucatu*, 30 out. 2016. Disponível em: <https://acontecebotucatu.com.br/saude/cancer-de-boca-e-tema-de-semana-especial-de-prevencao-aprenda-como-se-examinar/>. Acesso em: 15 out. 2022.

LANGTON, Stephen *et al.* Comparison of primary care doctors and dentists in the referral of oral cancer: a systematic review. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 58, n. 8, p. 898-917, out. 2020. ISSN 15321940. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.06.009>.

MACÊDO, Giulian Lennon de *et al.* Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. **Rev. Ciênc. Plur.**, v. 4, n. 1, p. 67-80, 2018. ISSN 2446-7286. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2018v4n1ID13839>.

OLIVEIRA, Eduardo José Pereira *et al.* Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 763-772, mar. 2018. ISSN 1678-4561. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.00752016>.

OLIVEIRA, Matheus Sampaio de *et al.* Associação entre líquen plano oral e hepatite C: relato de caso. **Hu Revista**, Juiz de Fora, Mg, v. 46, p. 1-6, 24 set. 2020. ISSN 1982-8047. DOI: <http://dx.doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30292>.

KLEINMAN, Dushanka V; SWANGO, Philip A; PINDBORG, Jens J. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. **Community Dentistry And Oral Epidemiology**, Copenhagen , v. 22, n. 4, p. 243-253, ago. 1994. ISSN 1698-4447. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1994.tb01815.x>.

RUTKOWSKA, Monika *et al.* Oral cancer: the first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. **Advances In Clinical And Experimental Medicine**, [S.L.], v. 29, n. 6, p. 735-743, 29 jun. 2020. ISSN 2451-2680. DOI: <http://dx.doi.org/10.17219/acem/116753>.

SALCI, Maria Aparecida *et al.* Diabetes mellitus e saúde bucal: a complexa relação desta assistência na atenção primária à saúde. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 265-272, 12 jun. 2020. ISSN 2176-9206. DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n2p265-272>.

SILVA, Brenda Sousa da *et al.* Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da rede pública sobre câncer bucal: revisão de literatura. **Id On Line Revista de Psicologia**, Jaboaão dos Guararapes, Pe, v. 12, n. 42, p. 1018-1026, 31 out. 2018. ISSN 1981-1179. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1408>.

SOARES, Jacyara *et al.* Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 239-243, jun./set. 2013. ISSN 0104-1894.

THELIN, William R. *et al.* The oral mucosa as a therapeutic target for xerostomia. **Oral Diseases**, [S.L.], v. 14, n. 8, p. 683-689, nov. 2008. ISSN 1601-0825. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-0825.2008.01486.x>.

TORRES-PEREIRA, Cassius C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. supl., p. s30-s39, 2012. ISSN 1678-4464. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012001300005>.



CAPÍTULO 6

EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Allyne Wanderley Lima

Lêda Lima da Silva

Katia Simone Kietzer

Mauro de Souza Pantoja

Thiago Brito Xavier



EMERGÊNCIAS E URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

O dentista da atenção primária à saúde para otimizar o atendimento, sobretudo em relação ao contexto da pandemia, deve observar o cenário epidemiológico vivenciado em seu município e estado. Entretanto, independente do cenário, os atendimentos de urgência e emergência odontológica devem ser realizados, evitando piora de quadros agudos. Em caso suspeito/confirmados de covid-19, o odontólogo deve realizar o atendimento medicamentoso e, se não houver regressão do quadro, o mesmo deve realizar o atendimento clínico, seguindo todas as medidas de biossegurança. Devendo a retomada desses atendimentos eletivos ampliados ser feita de forma gradual, dando prioridade aos grupos que não podem ter seu atendimento adiado. A análise epidemiológica, de acordo com a gestão de cada município também deve ser levada em consideração para esse retorno de forma segura. (NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Definição de emergências e urgências odontológicas de acordo com a *American Dental Association*

Emergências odontológicas: "potencialmente fatais e necessitam de tratamento imediato para interromper o sangramento contínuo dos tecidos ou aliviar dores ou infecções graves" (ADA, 2020).

Urgências odontológicas "condições que incluem sangramento descontrolado; celulite ou infecção bacteriana difusa dos tecidos moles com edema intrabucal e/ou extrabucal ou

trauma envolvendo ossos faciais que potencialmente comprometa as vias aéreas do paciente. As urgências concentram-se no gerenciamento de condições que requerem atenção imediata para aliviar dores severas e/ou risco de infecção” (ADA, 2020).

Eletivos essenciais: pré-natal odontológico, pessoas com deficiência e atendimento de pacientes com condições sistêmicas com risco de agravamento se assistência odontológica for adiada (exemplo: diabéticos, hipertensos). (NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Eletivos ampliados: outras necessidades de saúde bucal e ações de promoção à saúde com grupos presenciais. São atendimentos de pessoas com condições sem risco de vida, e se adiados, não oferecem grandes prejuízos aos usuários (NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2021).

QUADRO 1 – Tratamento odontológico de emergência

Tipo de tratamento odontológico – ADA 2020	
EMERGÊNCIA	Sangramento descontrolado
	Celulite ou infecção difusa de tecidos moles com potencial comprometimento das vias aéreas
	Trauma envolvendo os ossos da face com potencial comprometimento das vias áreas

Fonte: (ADA, 2020)

QUADRO 2 – Condições determinantes para o atendimento odontológico de urgência

URGÊNCIA
Alveolite pós-operatória cirúrgica ou troca de curativos de cavidade seca;
Abscesso ou infecção bacteriana localizada, resultando em dor e inchaço localizados oriundos de processos pulpares e periodontais
Fratura de dente ou restauração resultando em dor/infecção, causando trauma nos tecidos moles.
Trauma dentário com avulsão/luxação
Realização de restauração temporária caso a restauração for perdida, quebrada ou que estejam causando irritação gengival;
Remoção de suturas;
Ajustes ou reparos de próteses dentárias que causam traumas;
Mucosites;
Corte ou ajustes de fios ou aparelhos ortodônticos que causem trauma;
Lesões com necessidade de biópsia.

Fonte: (ADA, 2020)

Emergências Médicas em Odontologia

As emergências médicas podem ocorrer no consultório odontológico, durante o tratamento rotineiro, em atendimentos invasivos de longa duração, ou até mesmo enquanto o paciente aguarda na sala de espera. Estão passíveis de acometer qualquer pessoa. Contudo, pacientes de idade avançada, ansiosos, alérgicos, com distúrbios respiratórios, cardiopatias, diabéticos, estressados e com epilepsia, estão mais suscetíveis a desencadear circunstância emergencial. No consultório odontológico, é raro o acontecimento dessas emergências, entretanto, ao se deparar com tais intercorrências, o odontólogo deve estar capacitado para intervir de forma rápida, eficiente, com destreza e conhecimento frente a essas situações (COSTA 2020).

EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA

Alteração ou perda da consciência:

Lipotímia, síncope e hipotensão postural

Alteração Respiratória:

Depressão respiratória, hiperventilação, obstrução das vias aéreas e crise asmática.

Alterações neurológicas:

Crises convulsivas.

Alterações cardiovasculares:

Angina, infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial.

Alterações endócrinas:

Diabetes mellitus e reações alérgicas.

Alteração ou Perda de Consciência

Lipotímia: Sensação de mal estar, que se não percebida e tratada pode evoluir para síncope. É uma das intercorrências mais comuns. Suas causas são: susto; ansiedade; estresse emocional; dor forte e/ou inesperada; visualização de sangue e/ou instrumentos odontológicos; alimentação deficiente; cansaço físico extremo e calor excessivo. Alguns sinais e sintomas podem ser notados: calor na nuca; palidez; sudorese; náuseas; taquicardia; midríase; extremidades frias; pulso e pressão arterial baixos; distúrbios visuais e sensação de desmaio. O tratamento consiste em: interrupção do procedimento que estava sendo realizado, colocar o paciente em posição supina (**FIGURA 1**), movimentando as pernas para ajudar no retorno venoso e monitorar os sinais vitais (ANDRADE; RANALI, 2011; MALAMED 2016).

FIGURA 1 - Paciente em posição supina (decúbito dorsal)



Fonte: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO, [2014?]

Síncope: Perda da consciência repentina e momentânea, causada por uma rápida queda do fluxo sanguíneo gerando baixa oxigenação cerebral, e normalmente acontece logo após

a lipotímia. Os sintomas são: palidez, hipotensão, taquicardia, escurecimento da visão, zumbido, sonolência e vazio gástrico. O tratamento consiste em: interromper o procedimento, inclinar a cadeira em posição supina, com os membros levemente elevados em relação a cabeça (**FIGURA 2**), hiperextender a cabeça e aguardar recuperação de 2 a 3 minutos. Caso não ocorra melhora, administrar oxigênio e monitorar os sinais vitais até a chegada do suporte médico (ANDRADE, 2011; MALAMED 2016).

FIGURA 2 - Paciente em posição supina com os membros inferiores levemente elevados em relação a cabeça.



Fonte: (SAM APPS, 2021b)

Hipotensão postural (hipotensão ortostática): É uma alteração do sistema nervoso autônomo que contribui para perda da consciência quando paciente se levanta rapidamente, é causada pela queda das pressões sistólica e diastólica, e aumento dos batimentos cardíacos. Alguns fatores levam ao seu acometimento, como: administração de drogas; atendimento demorado; gravidez; idade avançada e aos problemas circulatórios nos membros inferiores. O tratamento requer: avaliar o nível de consciência, verificar pulso e respiração. Se houver presença de sinais vitais, inclinar a cadeira em posição supina, hiperestender a cabeça e administrar O₂ suplementar. Monitoração dos vitais, avaliar melhora do paciente e se ocorrer a melhora, elevar o encosto da cadeira lentamente até a

melhora completa. Se a melhora não acontecer, acionar o socorro especializado (ANDRADE, 2011; MALAMED 2016).

Alteração Respiratória

Depressão respiratória: Diminuição da respiração, causada por alterações pulmonares crônicas, insuficiência cardíaca, dispneia, taquicardia, sudorese, irritabilidade, tremor, confusão mental, agitação e letargia, devido a quantidade de oxigênio disponível estar inferior ao dióxido de carbono na corrente sanguínea. O tratamento consiste em: interromper o procedimento, monitorar os sinais vitais com saturação de O₂, colocar o paciente em uma posição, verificar o nível de consciência e orientação do paciente. Se não houver melhora, solicitar socorro especializado e iniciar o suporte básico de vida (ANDRADE, 2011; MALAMED 2016).

Hiperventilação: É uma ventilação excessiva ao respirar, causando um aumento de captação de oxigênio e eliminação exagerada de dióxido de carbono, resultando na diminuição de CO₂ na corrente sanguínea. Geralmente está associada ao estresse e ansiedade, e pode apresentar sinais e sintomas como: ofegância, parestesia de extremidades ou da face, tonturas, calafrios e dispneia. O tratamento consiste em: suspensão do atendimento, posicionando a cadeira de forma confortável, controlar as vias aéreas, avaliar a respiração e circulação, além de controlar ansiedade do paciente, e se houver a disponibilidade administrar oxigênio. É preciso monitorar os sinais vitais e caso for necessário, iniciar o suporte básico de vida e aguardar o socorro especializado (ANDRADE, 2011; MALAMED 2016).

Obstrução das vias aéreas: Uma das emergências mais perigosas, por isso, demanda um manejo rápido para que a desobstrução aconteça e não cause sequelas ao paciente. Essa obstrução pode acontecer por vários motivos: ptose de língua, edema de glote proveniente de alguma alergia grave ou aspiração de corpo estranho. Os sinais e sintomas são: falta de ar, agitação, palidez, ruídos na respiração e normalmente, os pacientes levam

as mãos até o pescoço, demonstrando de ansiedade pela tentativa de respirar e não conseguir se expressar, aumentando significativamente a pressão arterial e pulso. Em um segundo momento, o paciente evolui para a perda de consciência e diminuição dos sinais vitais e caso não haja intervenção, haverá ausência desses sinais vitais e evolução para óbito. O tratamento consiste em: interrupção do procedimento odontológico que estava sendo realizado, seguido da desobstrução das vias aéreas (**FIGURA 3**). Em situações de ptose de língua, deve-se posicionar o paciente em supina e hiperestender a cadeira. Em casos de edema de glote, deve-se colocar o paciente de maneira confortável, em geral sentado, administrar broncodilatador por inalação, se necessário administrar mais uma vez 5 minutos depois, administrar O₂, tranquilizar o paciente e aguardar melhora. As obstruções causadas por aspiração de corpo estranho, podem ser tratadas com a manobra de Heimlich (**FIGURA 4**) e compressão torácica. Se não houver melhora após a manobra realizada, solicitar socorro especializado e iniciar o suporte básico de vida evitando evolução do paciente para um quadro de parada cardiorrespiratória (ANDRADE, 2011; MALAMED 2016).

FIGURA 3 - Manobra de desobstrução das vias aéreas.



Fonte: CAP QOBM ROMERO NUNES DA SILVA FILHO, [2017?], p. 14)

FIGURA 4 - Manobra de Heimlich

Manobra de Heimlich



Fonte: (FISAEP, 2019)

Crise asmática: É uma doença que consiste no aumento da resposta brônquica acarretando um estreitamento das vias aéreas. Os sinais e sintomas são: sensação de congestão torácica, como se o peito estivesse “cheio de ar”, tosse, ruído respiratório, dispnéia, vontade de sentar ou ficar em pé, utilização de músculos acessórios para respiração, aumento da ansiedade, taquipnéia, elevação da pressão sanguínea, aumento da frequência cardíaca, agitação, confusão e perda da consciência em casos mais severos. O tratamento consiste em: interrupção do procedimento que estava sendo realizado, colocação do paciente em posição confortável sentado (**FIGURA 5**) com o tronco projetado para frente, monitoramento dos sinais vitais e orientá-lo a fazer uso de seu spray (caso utilize ou tenha levado para consulta). Se o paciente não fizer uso de nenhum medicamento, é preciso: administrar broncodilatador por inalação 100 mcg/dose, se necessário repetir a dose após 5 minutos. Administrar de O₂ e administrar adrenalina.

Caso não haja melhora, solicitar o socorro especializado ou levar o paciente para o hospital (ANDRADE, 2011; MALAMED 2016).

FIGURA 5 - Paciente em posição sentado.



Fonte: (COIMBRA, [2020])

ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA:

Crise convulsiva: Desordem que acontece repentinamente na região cerebral e altera o estado de consciência do paciente, atividade motora e percepção sensitiva que, em geral, tem início inesperado e dura pouco tempo (até cinco minutos). A definição de estado epiléptico ou epilepsia, consiste em convulsões que duram mais de cinco minutos ou até horas, ou uma nova convulsão que se inicia até mesmo antes da recuperação completa da primeira crise. Normalmente acontece, pois está associado ao não uso do medicamento anticonvulsivante ou a mistura desses medicamentos com álcool. O tratamento consiste em: interrupção do procedimento e remoção de objetos da cavidade oral para que não haja uma deglutição acidental. Em seguida, colocar o paciente em posição supina, inclinando a cabeça para o lado (Figura 6), com o intuito de não haver bronco aspiração de saliva e vômitos. É preciso aguardar o fim da crise. Se estiver diante de um quadro de estado epiléptico, é preciso acionar o socorro especializado, administrar anticonvulsivante e hiperglicemiante (ANDRADE, 2011; MALAMED, 2016).

FIGURA 6 - Paciente em posição supina, inclinando a cabeça para o lado



Fonte: (SAM APPS, 2021a)

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES:

Angina do peito: É quando há obstrução de alguma artéria coronária e ocorre aumento na quantidade de oxigênio para o miocárdio, colaborando para uma isquemia transitória, manifestando-se como dor torácica. Os sinais e sintomas são: dor torácica localizada abaixo do esterno, na linha média do tórax, ligeiramente para o lado esquerdo, dor difusa, batimentos cardíacos e pressão arterial tendem a ficar aumentados. O tratamento consiste em: colocar o paciente em posição confortável, controlando a ansiedade, realizando medicação anti-hipertensiva e avaliando a pressão arterial que, provavelmente, estará elevada, confirmando quadro de angina. Caso haja necessidade, realizar nova medicação anti-hipertensiva, e repetir a terapia em intervalos de 5 minutos até 3 vezes, administrar O₂, monitorar os sinais vitais e aguardar melhora. Se não houver melhora, solicitar socorro especializado (ANDRADE, 2011; MALAMED, 2016).

Infarto agudo do miocárdio: Ocorre quando há uma diminuição severa do fluxo sanguíneo, devido a obstrução de algum ramo da artéria coronária, levando a um quadro de isquemia permanente e promovendo necrose de parte do miocárdio. Os sinais e sintomas são: dor torácica intensa e duradoura que irradia para o braço esquerdo, podendo se apresentar também no pescoço, mandíbula e ombros, também pode apresentar pulso rápido e fraco, palpitações, náuseas, vômitos, sudorese, falta de ar e pulso irregular. O tratamento consiste em: interrupção do procedimento e colocação do paciente em posição confortável, juntamente com a monitoração dos sinais vitais. A pressão arterial estará baixa, indicando quadro de infarto agudo do miocárdio. É necessário administrar vasodilatador e antiagregador plaquetário para impedir a formação de novos trombos. Pode-se administrar O₂ e é preciso solicitar imediatamente o socorro médico especializado (ANDRADE, 2011; MALAMED, 2016).

Hipertensão: Caracterizada pela elevação brusca dos níveis de pressão arterial, sendo a pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a diastólica maior ou igual a 90 mmHG, em indivíduos que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Os sinais e sintomas são: cefaleia, tonturas, visão turva/embaçada, zumbido no ouvido, dispneia, dor precordial, náuseas e vômitos, sendo necessário interromper o tratamento, colocar o paciente em uma posição confortável, monitorar os sinais vitais e avaliar a pressão arterial. Se a PA estiver bastante elevada, realizar medicação anti-hipertensiva e aguardar melhora, caso o quadro não evolua bem, solicitar socorro especializado. Se a pressão arterial se apresentar normal ou pouco elevada, é necessário apenas administração de O₂ e aguardar melhora (ANDRADE, 2011; MALAMED, 2016).

ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS:

Diabetes Mellitus: Alteração no metabolismo da glicose promovendo seu aumento (hiperglicemia) que contribui para uma ineficácia na secreção de insulina pelo pâncreas. No consultório odontológico, as intercorrências que mais acontecem provenientes da diabetes são a hiperglicemia e principalmente, a hipoglicemia. A hiperglicemia consiste no aumento de glicose que ocorre na corrente sanguínea e leva mais tempo pra acontecer. Já a hipoglicemia, consiste na queda brusca dos níveis de glicose no sangue podendo chegar a perda de consciência e levar o paciente a óbito. Os sinais e sintomas da hipoglicemia são: tremor, sudorese, palidez, taquicardia, palpitação, fome, cefaléia, tontura, sonolência, irritabilidade, fraqueza, confusão mental, visão turva, falta de coordenação motora, desmaio, convulsão e coma. Já a hiperglicemia, são: poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso e hálito cetônico. O tratamento da hiperglicemia é interromper o procedimento e encaminhar o paciente para endocrinologista ou clínico geral para controlar a glicemia. Em situações de hipoglicemia, dependerá se o paciente estará consciente ou não. Caso esteja, é necessário interromper o tratamento colocá-lo em uma posição supina, monitorar os sinais vitais, realizar suporte básico de vida se necessário, administrar pequena quantidade de carboidrato via oral, tranquilizar o paciente e aguardar melhora. É preciso sempre avaliar a utilização de controle de ansiedade e redução do tempo de atendimento na próxima sessão. Se o paciente perder a consciência, é preciso avaliar a responsividade, avaliar os sinais vitais e se estiverem presentes, posicioná-lo em posição supina, administrar hiperglicemiante, aguardar melhora, e se não ocorrer, solicitar o suporte básico de vida. É preciso avaliar a utilização de controle de ansiedade e redução do tempo de atendimento na próxima sessão (ANDRADE, 2011; MALAMED, 2016).

Reações Alérgicas: Estado de hipersensibilidade adquirido por conta de um prévio contato com alguma substância que em um segundo momento de exposição, aumenta

a capacidade de reação do organismo. São classificadas em quatro tipos, porém a que ocorre mais comumente no consultório odontológico é a tipo 1, mediada por IgE, que tem seu início de duração em poucos segundos a minutos, e podem ocasionar: choque anafilático, rinite alérgica, urticária, edema angio neurótico e broncoespasmo. Os sinais e sintomas são: placas vermelhas pelo corpo que causam coceira (urticárias), coriza, espirros, mucosa congestionada, tosse, chiado no peito, dificuldade respiratória, bronca constrição, edemas, edema de glote e choque anafilático. O tratamento deve ser imediato, afim de não ter evolução, é preciso interromper o procedimento, monitorar os sinais vitais, colocar o paciente em uma posição confortável, iniciar o suporte básico de vida, administrar adrenalina e anti-histamínico, solicitar socorro especializado e manter controle das vias aéreas (ANDRADE, 2011; MALAMED, 2016).

Referências

ADA. What Constitutes a Dental Emergency?. Chicago, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://www.pattersondental.com/media/default/pdfs/ada-covid19-what-constitutes-a-dental-emergency.pdf>. Acesso em: 15 set. 2022.

ANDRADE, Eduardo Dias de; RANALI, José. **Emergências Médicas em Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas. 2011.

CAP QOBM ROMERO NUNES DA SILVA FILHO. Setor Operacional – DDC. Primeiros socorros. *In*: PARANÁ (Estado). SECRETARIA DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE. **Núcleo Regional de Educação de Cascavel**. Cascavel, 17 fev. [2017?]. Disponível em: https://www.nre.seed.pr.gov.br/arquivos/File/cascavel/brigada_escolar/palestra_socorros.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

COIMBRA, Juevez. Posições para Exames e Procedimentos em Enfermagem. *In*: _____. **Enfermagemonline.com**. [15 ago. 2020]. Procedimentos de Enfermagem. Posições para Exames e Procedimentos em Enfermagem. Disponível em: <https://enfermagemonline.com/posicoes-para-exames-e-procedimentos/>. Acesso em: 12 set. 2021.

COSTA, Laís Fernanda Aguiar. **Emergências médicas no consultório odontológico e como proceder**: uma revisão de literatura. Orientador: Antônio Lucindo Pinto de Campos Sobrinho. 2020. 33 f. TCC (Curso de Odontologia) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/5430>. Acesso em: 15 set. 2022.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO. Posicionar o paciente em decúbito dorsal: Passo 1/5. Ribeirão Preto, SP, 8 nov. [2014?]. Movimentação de pacientes. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/estudar/movimentos/index08.html>. Acesso em: 15 set. 2022.

FISAEP. **Manobra de Heimlich**. São José do Rio Preto/SP, 2 ago. 2019. Disponível em: <https://fisaep.com.br/noticias/manobra-de-heimlich/>. Acesso em: 15 set. 2022.

MALAMED, Stanley F. **Emergências médicas em Odontologia**. 7. ed. São Paulo: GEN Guanabara Koogan, 2016.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. Como deve ser o atendimento odontológico na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto de COVID-19? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 8 set 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-deve-ser-o-atendimento-odontologico-na-atencao-primaria-a-saude-aps-no-contexto-de-covid-19/>. Acesso em: 15 set. 2022.

SAM APPS. Primeiros socorros para convulsão. *In*: APLICATIVOS MÓVEIS BRASIL. **Remédios Caseiros**. Versão 1.0 [São Paulo]: Globo Play, atualizado em 2 nov. 2021a. Disponível em: <http://www.remediosdecasa.com.br/convulsao.html>. Acesso em: 15 set. 2022.

SAM APPS. Primeiros socorros para desmaio. *In*: APLICATIVOS MÓVEIS BRASIL. **Remédios Caseiros**. Versão 1.0 [São Paulo]: Globo Play, atualizado em 2 nov. 2021b. Disponível em: <https://play.google.com/store/apps/details?id=appsmoveis.com.br.remedioscaseiros>. Acesso em: 15 set. 2022.



CAPÍTULO 7

ATENÇÃO AS EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Amanda Nayanne da Costa Lustosa

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Thiago Brito Xavier



CELULITE E INFECÇÕES BACTERIANAS DIFUSAS

As infecções que acometem a região maxilofacial, podem ser decorrentes de parotidites, infecções das vias aéreas superiores (sinusopatias), amigdalites e traumatismos, mas em sua grande maioria ocorrem por origem dentária.

As infecções de origem odontogênica, caracterizam-se pela inoculação de bactérias advindas de doenças como cárie, obturações profundas, falha no tratamento do canal radicular, pericoronarite e doenças periodontais. A infecção se inicia localmente em torno de um dente, podendo permanecer localizada onde começou, ou pode se espalhar para áreas adjacentes ou profundas. Alguns fatores são determinantes para a instalação e a evolução de uma infecção, como o hospedeiro, o meio ambiente e os microrganismos. Quando há um desequilíbrio entre esses fatores, a infecção se instala.

Infecções cervicais profundas são definidas como infecções supurativas que se disseminam e se desenvolvem ao longo dos espaços e dos planos fasciais da cabeça e do pescoço. Pode iniciar como uma celulite nos tecidos moles adjacentes ao local infectado, conduzindo à formação de abscesso que pode se disseminar desde a zona cervical até ao mediastino.

Os sinais clássicos de uma infecção são dor, calor, tumor (aumento de volume tecidual) e rubor. Alguns achados são indicativos de maior gravidade, como exemplo: dispneia (dificuldade para respirar); trismo (limitação da abertura bucal); disfonia (alteração

ou dificuldade na emissão da voz); disfagia (dificuldade para deglutir), já são características que podem sugerir envolvimento de espaços que podem comprometer a via aérea.

Na avaliação inicial do paciente, é necessário realizar a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura). A presença de taquipneia, taquicardia, febre, sudorese e tremores são indicativos clínicos de maior toxicidade provocada pela infecção.

Dependendo do local do foco de infecção, se ocorre na maxila ou mandíbula, dentes anteriores ou posteriores, a apresentação clínica de uma infecção odontogênica irá variar.

Quadro 1 – Tipos de infecções

Tipo de infecção	Apresentação clínica
Espaço vestibular	Presença de abaulamento na região de vestibulo bucal, doloroso a palpação.
Espaço subcutâneo	Encontra-se entre a fáscia superficial e a pele. Envolve infecções crônicas, apresentando superficialização do quadro (presença de fístula ou não).
Espaço palatino	Abaulamento em mucosa palatina, com ponto de flutuação e limites definidos, não ultrapassando a linha do palato.
Espaço canino	Elevação da asa do nariz e apagamento do sulco nasolabial, podendo estender para região infraorbital.
Espaço periorbitário	Aumento de volume na região das pálpebras.
Espaço orbitário	Espaço posterior ao septo orbital. Apresenta sinais como restrição dos movimentos oculares, proptose (protrusão bulbo ocular), podendo levar a perda da visão e a trombose do seio cavernoso.
Espaço bucal	Aumento de volume em região jugal (bochecha). Foco de infecção: pré-molares ou molares.
Espaço sublingual	Abaulamento do assoalho da boca com possível elevação da língua e disfagia.
Espaço submandibular	Aumento de volume na região do triângulo submandibular do pescoço em torno do ângulo da mandíbula. O trismo é típico. Foco: molares inferiores.
Espaço submental	Aumento de volume firme na linha média abaixo do mento. Foco: incisivos inferiores.
Espaço massetérico	Aumento de volume na região do musculo masseter, associado a trismo.

<p>Espaço pterigomandibular</p>	<p>Ocorre trismo associado a pouco aumento de volume em face, com desvio da úvula para o lado contralateral e abaulamento do pilar amigdaliano.</p>
<p>Espaços fasciais cervicais (lateral da faringe, retrofaríngeo, danger space, pré-traqueal, espaço visceral, pré-vertebral)</p>	<p>Aumento de volume em região cervical, dificuldade na movimentação do pescoço, dor de garganta, disfagia, voz rouca, sialorreia, dificuldade respiratória. Pode apresentar sinais vitais alterados (sepse). Tem alto potencial de disseminação para o mediastino. Risco de morte. Foco: molares inferiores.</p>

Fonte: O autor

Imagens 1 e 2 - Abscesso de origem odontogênica, nos espaços fasciais submandibular e bucal



Fonte: (OGLE, 2017).

Imagem 3 - Acometimento do espaço bucal à esquerda



Fonte: (OGLE, 2017).

Imagem 4 - Acometimento do espaço canino à esquerda



Fonte: (OGLE, 2017).

Imagem 5 - Abscesso na região do espaço massetérico, apresentando trismo acentuado



Fonte: (GOLDBERG, 2002).

Imagem 6 - Tomografia evidenciando coleção de pus entre o ramo mandibular e o músculo masseter



Fonte: (FLYNN, 2002)

ANGINA DE LUDWIG

A angina é uma infecção de evolução rápida e potencialmente fatal, caracterizada por ser uma celulite exclusiva, apresentando um aumento de volume que acomete os espaços submandibulares, sublinguais e submental.

Clinicamente, verifica-se além do aumento de volume em região cervical, a elevação do assoalho bucal, sialorreia, disfagia, odinofagia, deslocamento posterior da língua, dispneia, trismo, fadiga, febre, odor fétido, dor e obstrução da via aérea superior (sensação de sufocamento). O foco da infecção na maioria dos casos é de molares inferiores ou pericoronarite.

Imagem 7 - Angina de Ludwig – acometimento dos espaços submandibulares, sublinguais e submental.



Fonte: (OGLE, 2017).

Tratamento: Uma vez instalada uma infecção em região maxilofacial de origem dentária, o tratamento irá basear-se em uma terapêutica medicamentosa e drenagem cirúrgica com remoção do foco infeccioso.

A escolha de quando drenar por via intraoral ou extraoral ou ambos, irá depender dos espaços fasciais acometidos pela infecção. Nesses casos de infecções bacterianas difusas, o exame de imagem será imprescindível para identificar os locais a serem explorados cirurgicamente. A tomografia computadorizada com contraste, ainda é o exame padrão ouro para avaliação dos espaços fasciais profundos.

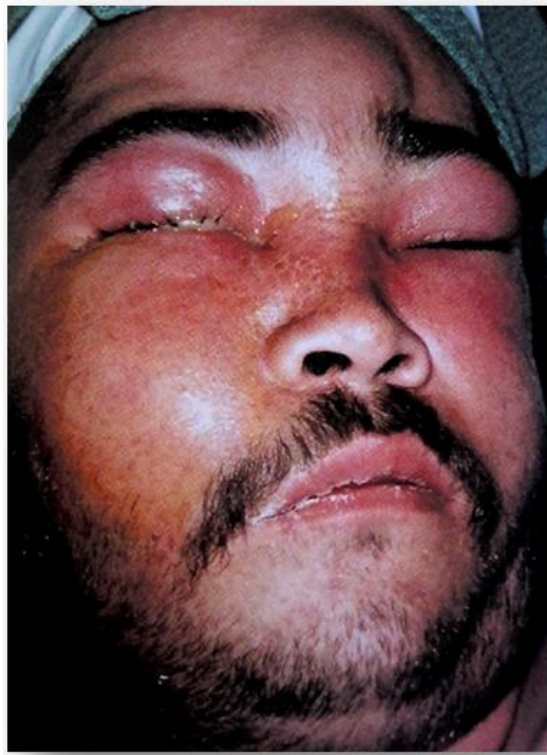
Quanto a terapêutica medicamentosa a ser instituída, a grande maioria dos estudos defendem o uso de antibióticos betalactâmicos como primeira escolha, mais especificamente a penicilina, por promoverem boa cobertura para bactérias gram-positivas e bactérias anaeróbias. Em caso de pacientes alérgicos a penicilina, a clindamicina deverá ser considerada.

O tratamento dessas infecções costuma apresentar um bom prognóstico, porém em situações de septicemia e em pacientes com doenças sistêmicas associadas, o processo de recuperação e resposta clínica pode ser comprometido.

Principais complicações:

- ✓ Comprometimento das vias aéreas, com insuficiência respiratória
- ✓ Osteomielite
- ✓ Mediastinite
- ✓ Amaurose
- ✓ Abscesso cerebral
- ✓ Trombose do seio cavernoso
- ✓ Trombose da veia jugular
- ✓ Pneumonia e pericardite
- ✓ Erosão de paredes arteriais
- ✓ Óbito

Figura 8 - Paciente com aumento de volume em região bucal à direita, periórbita bilateral, frontal e temporal profundo, devido a um primeiro molar superior direito. Apresenta também acometimento do seio cavernoso



Fonte: (FLYNN; TOPAZIAN, 1987).

CONDUTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- ✓ Anamnese, verificando os sinais e sintomas clássicos de uma infecção;
- ✓ Aferição dos sinais vitais;
- ✓ Solicitação de exames laboratoriais (Hemograma, PCR, VHS, TP, TTPA, Creatinina e Uréia);
- ✓ Se possível, iniciar antibioticoterapia endovenosa;
- ✓ Encaminhar o paciente com urgência para unidade hospitalar.

Referências

FLYNN, Thomas R.. Anatomy of oral and maxillofacial infections. *In*: TOPAZIAN, Richard G.; GOLDBERG, Morton H.; HUPP, James R. **Oral and Maxillofacial Infections**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2002. p. 188-211. ISBN 0-7216-9271-0. Cap. 9.

FLYNN, Thomas R.; TOPAZIAN, Richard G. Infections of the oral cavity. *In*: WAITE, Daniel E. **Textbook of practical oral and maxillofacial surgery**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1987.

GOLDBERG, Morton H.; TOPAZIAN, Richard G. Odontogenic infections and deep fascial space infections of dental origin. *In*: TOPAZIAN, Richard G.; GOLDBERG, Morton H.; HUPP, James R. **Oral and Maxillofacial Infections**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2002. p. 158-187. ISBN 0-7216-9271-0. Cap. 8.

OGLE, Orrett E.. Odontogenic Infections. **Dental Clinics Of North America**, [S.L.], v. 61, n. 2, p. 235-252, abr. 2017. ISSN 1558-0512. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2016.11.004>.



CAPÍTULO 8

URGÊNCIAS PERIODONTAIS

Allyne Wanderley Lima

Thiago Cardoso Vianna

Thiago Brito Xavier

Kátia Simone Kietzer

Lêda Lima da Silva



PERICORONARITE OU DOR ENVOLVENDO TERCEIROS MOLARES

Definição: É uma infecção que ocorre no tecido gengival que envolve a coroa de um dente semi-erupcionado, este tecido pode ser identificado como opérculo gengival ou capuz pericoronário. Esta infecção corre com maior frequência em pessoas com idade de 18 a 30 anos, sendo o elemento dentário 38 o mais acometido. (CARREGAL, 2018; KATSAROU, 2019; CONSOLARO; HADAYA, 2021).

Etiologia: Geralmente essa infecção tem uma etiologia multifatorial, podendo ter origem traumática e/ou infecciosa. Está relacionada também com a posição dos 3º molares inferiores inclusos verticalizados ou mesioangulados, à ocorrência de dente antagonista e à fatores estressantes. Além do mais, o índice de placa bacteriana está altamente associado à mesma, mostrando que além de condições anatômicas, a higiene oral e o controle da placa bacteriana reduzem o risco do aparecimento da doença (TEIXEIRA, 2018; CAYMAZ; BUHARA, 2021).

Sinais e Sintomas: Lesões localizadas avermelhadas, edemaciadas e dolorosas ao toque, pode ser acompanhada de exsudado purulento, nesse caso sensação de gosto desagradável devido a ocorrência de secreção purulenta, desconforto ao engolir, trismo, linfadenopatias, febre, dor e mal-estar geral também podem ocorrer (TEIXEIRA, 2018).

Complicações: Pode ocorrer o envolvimento localizado, na forma de um abscesso pericoronário, podendo se disseminar posteriormente para a região orofaríngea e medial para a base da língua, atrapalhando a deglutição. Sequelas potenciais são incomuns, mas dependendo da gravidade e extensão da infecção, ocorre comprometimento dos linfonodos submandibular, parafaríngeo, ptérigomandibular, faríngeo lateral, infratemporal, sublingual cervicais posteriores, cervicais profundos e retrofaríngeos,

agravando também para abscesso peritonsilar, celulite, angina de Ludwig, Trombose do Seio Cavernoso e acometimento dos espaços torácicos como Mediastinite e Empiema Pleural Bilateral (BARBOSA *et al*, 2020; CARREGAL, 2018; CARRANZA *et al*, 2012).

Diagnóstico: Para identificá-la, o odontólogo deve notar que a gengiva que circunda um dente semi-erupcionado encontra-se eritematosa, edemaciada e, por vezes, supurativa. Em exame extrabucal, podem ser notadas a linfadenopatia regional e o inchaço na região do ângulo mandibular. O exame pode ser prejudicado caso o paciente apresente trismo (SIQUEIRA, 2013).

Protocolo recomendado para tratamento de Pericoronarite

Fase crônica (tipo de pericoronite mais prevalente):

- ✓ Indicado a exodontia do 3º molar acometido (este deve ser encaminhado pelo odontólogo para avaliação na atenção secundária CEO - Centro de especialidades odontológicas) ou realização da cirurgia de ulectomia pelo próprio odontólogo na unidade básica de saúde, de acordo com a necessidade notada.

Fase aguda:

- ✓ Anestesia local, empregando a técnica de bloqueio regional do nervo alveolar inferior, lingual e bucal. Utilizar solução anestésica que proporcione um maior período sem dor após (Ex. bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000).
- ✓ Remoção da placa bacteriana e depósitos grosseiros de cálculo através de cuidadosa instrumentação das áreas envolvidas e irrigação local com solução fisiológica estéril e prescrição de bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% a cada 12 h, por uma semana.
- ✓ Para sintomatologia prescrição de analgésico (Dipirona sódica 500 mg ou Paracetamol 750 mg, 1 comprimido a cada 4 horas. Em caso de dor persistente, prescrever um AINE (Nimesulida 100mg a cada 12 horas, por 03 dias ou cetorolaco 10mg por 12 hras, sublingual).

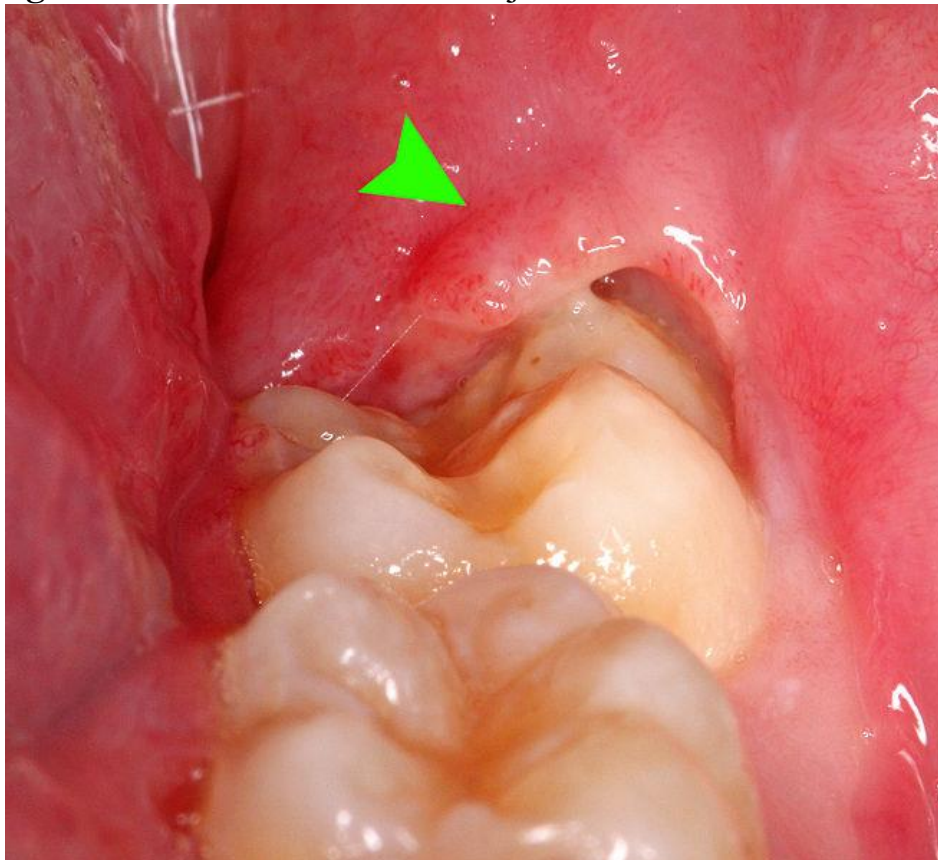
- ✓ Marcar retorno do paciente para reavaliar 24-48 horas após atendimento inicial.
- ✓ Em casos que apresentem sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso como: trismo, febre, taquicardia, infartamento ganglionar, falta de apetite e mal-estar geral prescrever antibioticoterapia:

Primeira opção: Amoxicilina 500 + Metronidazol 250mg a cada 8 horas por 7 dias.

Alérgicos às penicilinas: Claritromicina 500mg a cada 12 hrs ou Clindamicina 300mh a cada 8 horas, por 7 dias.

Casos avançados de pericoronarite, com apresentação de celulite considerável, disfagia (dificuldade de deglutir), anorexia (falta de apetite) e mal-estar geral, devem ser encaminhados aos cuidados de um cirurgião bucomaxilofacial. (ANDRADE; PASSERI; MORAES, 2014, p. 107; CARRANZA *et al*, 2012; CARREGAL, 2018; SIQUEIRA, 2013).

Figura 1 - Pericoronarite em relação ao terceiro molar inferior



Fonte: (CORONATION DENTAL SPECIALTY GROUP, 2013)

Prognóstico: É favorável porque uma vez submetido ao tratamento (cirúrgico ou medicamentoso) a sua saúde é restaurada e o paciente pode continuar com a sua vida normal (TEIXEIRA, 2018).

OBS: Caso necessite realizar a extração do terceiro molar, após avaliação inicial, seguir as instruções do tratamento paliativo e prescrição medicamentos, depois realizar encaminhamento ao CEO, o mesmo deve ser em duas vias.

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP:

D19	Sinais/sintomas dos dentes/gengivas: problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.
-----	--

CID:

CID K055	Outras doenças periodontais
CID K05.22	Pericoronarite aguda
CID K05.32	Pericoronarite crônica

Procedimento do Local/Dente:

0414020405	Ulotomia/Ulectomia
0414020138	Exodontia de dente permanente
0414020278	Remoção de dente retido (incluso/impactado)

Referências

ANDRADE, Eduardo Dias de; PASSERI, Luis Augusto; MORAES, Márcio de. Cirurgia bucal. *In*: ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 101-110.

BARBOSA, Livia Mierelle *et al.* Etiopatogenia, diagnóstico e tratamento das infecções de origem dentária: revisão de literatura. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 52378-52389, 2020. ISSN 2525-8761. DOI: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n7-766>.

CARRANZA, Fermin Alberto *et al.* **Periodontia clínica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CARREGAL, Mateus Corradi. **Pericoronarite**: Etiologia, microbiota, epidemiologia, tratamento e complicações. Orientador: Cláudio Rômulo Comunian. 2018. 46f. Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ODON-B8EMN3/1/monografia_mateus_corradi_carregal.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

CAYMAZ, Mehmet Gagari; BUHARA, Oğuz. Association of Oral Hygiene and Periodontal Health with Third Molar Pericoronitis: a cross-sectional study. **Biomed Research International**, [S.L.], v. 2021, p. 1-7, 28 fev. 2021. ISSN 2314-6141. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2021/6664434>.

CONSOLARO, Alberto; HADAYA, Omar. Ten reasons to not ignore the third molar. **Dental Press Journal Of Orthodontics**, Maringá, Pr, v. 26, n. 1, p. 1-26, 2021. ISSN 2177-6709. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-6709.26.1.e21ins1>.

CORONATION DENTAL SPECIALTY GROUP. 38 pericoronitis with pus. An operculum (green arrow) over a partially erupted lower left third molar with inflammation and pus (right of green arrow under tissue), 2 jan. 2013. 1 imagem 2,712 × 2,480 pixels, file size: 7.58 MB, formato jpeg. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:38_pericoronitis_with_pus.jpg. Acesso em: 1 jul. 2022.

KATSAROU, Thomaie *et al.* Pericoronitis: a clinical and epidemiological study in greek military recruits. **Journal Of Clinical And Experimental Dentistry**, v. 11, n. 2, p. e133-e137, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.4317/jced.55383>.

OLIVEIRA, Michele Marciano de; MONTAGNER, Francisco; FONTANIVE, Victor Nascimento. Conhecimento de cirurgiões-dentistas de Atenção Primária à Saúde acerca de urgências endodônticas. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, Passo Fundo, v. 24, n. 2, p. 192-197, 18 dez. 2019. ISSN 2318-843X. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10436>.

SIQUEIRA, Filipe Modolo. **Eventos agudos na atenção básica**: dor de origem periodontal e na mucosa. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 20 p. ISBN: 978-85-8267-027-9.

TEIXEIRA, Joana Filipa Pereira. **Pericoronarite**: etiologia, complicações e tratamento. Mestrado Integrado em Medicina Dental. Orientadora: Cristina Coelho. 2018. 29 f. Relatório de estágio (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Gandra, Portugal, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/3148>.

ALVEOLITE PÓS OPERATÓRIA

Definição: A alveolite ou osteíte alveolar é um processo inflamatório do osso cortical (osteíte) e do ligamento periodontal após extração dentária. Ocorre um retardo no processo de reparo alveolar, localizado de forma superficial, completamente reversível, podendo ser acompanhado de uma tumefação da mucosa oral e perialveolar. É uma patologia predominante após os procedimentos de exodontia, manifesta-se com a desintegração do coágulo sanguíneo resultando no aspecto seco ou úmido da lesão. A frequência de osteíte alveolar é maior na mandíbula e nas regiões posteriores (BRITO; MELO, 2015; SILVA; REIS; GRISOTO, 2020; NEVILLE *et al*, 2009; CARDOSO, 2009; ARAÚJO *et al*, 2018).

Etiologia: A sua etiologia é multifatorial, ainda não se encontra bem definida, mas sabe-se que fatores locais e sistêmicos atuam no surgimento. Pode ocorrer mesmo que o profissional haja com a técnica mais perfeita, uma assepsia excelente e qualquer que seja a capacidade e o bom senso do cirurgião. As causas mais comuns incluem infecções, traumas e descuidos pós-operatório dos pacientes. (BRITO; MELO, 2015; SILVA; REIS; GRISOTO, 2020).

Sinais e Sintomas: O paciente exibe dor intensa e pulsátil no alvéolo (os sintomas têm início 3-5 dias após a exodontia), podendo se irradiar para a zona auricular e pescoço. São notados restos do coágulo necrosado, e a maioria das vezes o osso alveolar está exposto, o que justifica a intensidade da dor. O acúmulo de restos alimentares na região, pela dificuldade de higienização, ocasiona odor fétido e o paciente relata gosto desagradável. As vezes verifica-se um coágulo cinzento que acaba por se destacar e desaparecer completamente. Outros sintomas relatados incluem, halitose, exposição óssea e linfadenopatia regional, pode está presente no lado afetado, geralmente não apresenta sinais clássicos da inflamação: vermelhidão, febre, edema e formação de pus. Pode existir dois tipos: A alveolite seca é caracterizada por uma dor forte, pois ficam expostas as terminações dos nervos dentro do alvéolo; já a alveolite úmida pode apresentar secreção

purulenta e odor fétido (ANDRADE; PASSERI; MORAES, 2014; CARDOSO, 2009; PEREIRA, 2020; MACHADO, 2020).

Complicações: A dor pode aumentar com a sucção/mastigação durando de 10 a 40 dias.

Diagnóstico: O diagnóstico é realizado pela sondagem do alvéolo, que pode revelar uma exposição óssea, muito sensível. Em geral, desenvolvem-se dores acentuadas, odor fétido, menos frequentemente tumefação e linfadenopatia 3 a 4 dias após a extração do elemento dentário. Em determinadas situações, a dor se espalha ipsilateralmente do alvéolo para o ouvido, região temporal ou olho. Em raros casos o trismo também pode ser observado, pode chegar a limitar as funções da cavidade oral (NEVILLE *et al*, 2009).

Protocolo recomendado para Tratamento de Alveolite:

- ✓ Radiografia da região do alvéolo, para comprovar a inexistência de resto radicular ou presença de corpo estranho. Importante lembrar também que a suturas devem ser retiradas.
- ✓ Anestesia local por meio de bloqueio regional, evitando-se infiltrar a solução anestésica ao redor do alvéolo dentário. Usar a solução que promova maior duração da anestesia (Ex. bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000).
- ✓ Irrigar o alvéolo com solução fisiológica estéril e com uma cureta de Lucas remover corpos estranhos que não extravasarem após a irrigação. Após curetagem fazer nova irrigação e, em seguida, com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%.
- ✓ Não usar sutura de qualquer tipo.
- ✓ Orientar o paciente quanto aos cuidados pós-operatórios: Alimentação fria, líquida ou pastosa, hiperproteica. Evitar bochechos nas primeiras 24 h. Lavar a boca cuidadosamente (sem bochechar) com uma solução de digluconato de clorexidina 0,12%, a cada 12 h, para evitar o acúmulo de placa dentária. Evitar esforço físico e exposição prolongada ao sol, pelo período de 3 dias.
- ✓ Prescrever Analgésico (Dipirona Sódica 500 mg a cada 4 h, por 24 hrs).

- ✓ Agendar consulta para reavaliação do quadro clínico, após 48 h, ou antes, caso a dor não tenha sido aliviada.
- ✓ Quando a dor persistir, aconselha-se repetir os procedimentos anteriores e aplicar uma pasta medicamentosa intra alveolar (Ex. Alveolex). Deve-se isolar o campo e secar cuidadosamente o alvéolo dentário com gaze estéril, por meio de uma seringa descartável de 3 mL com agulha 40x12, preencher todo o alvéolo com o curativo alveolar. Solicitar ao paciente para morder uma gaze sobre o local, sem muita pressão, por 10-15 min. Nas alveolites com a presença de exsudato purulento, o uso de antibióticos somente é indicado se houver sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo, como linfadenite, febre, dificuldade de deglutição, etc. Nesses casos que apresentarem sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso como: trismo, febre, taquicardia, infartamento ganglionar, falta de apetite e mal-estar geral prescrever antibiótico:

Primeira opção: Amoxicilina 500 + Metronidazol 250mg a cada 8 horas por 7 dias.

Alérgicos às penicilinas: Claritromicina 500mg a cada 12 hrs ou Clindamicina 300mh a cada 8 horas, por 7 dias (ANDRADE, 2014; NEVILLE *et al*, 2009).

Figura 1 - Alveolite seca



Fonte: (CORDEIRO, 2010, p. 27).

Figura 2 - Alveolite Úmida/Purulenta



Fonte: (CORDEIRO, 2010, p. 28).

Prognóstico: Processo infeccioso completamente reversível desde que se aplique o correto tratamento, que “consiste em alívio da dor e cura da infecção, caso esteja presente” (BARBIERI *et al*, 2021, p. 48184).

OBS: O levantamento da história médica e odontológica do paciente é imprescindível. A prevenção da alveolite envolve medidas de redução ao trauma cirúrgico local, a manutenção da cadeia asséptica, o uso de medicações dentro do alvéolo e profilaxia antibiótica. A importância do conhecimento do cirurgião acerca da patologia e sua capacitação são fatores essenciais para o não surgimento da alveolite, bem como uma anamnese mais detalhada e uma maior instrução do pós-cirúrgico ao paciente (BRITO; MELO, 2015; CORDEIRO, 2010; NEVILLE *et al*, 2009; CARDOSO, 2009).

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP:

D19	Problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.
03.01.06.003-7	Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

CID:

K103	Alveolite maxilar
------	-------------------

Procedimento do Local/Dente:

0414020383	Tratamento de alveolite
------------	-------------------------

Referências

ANDRADE, Eduardo Dias de; PASSERI, Luis Augusto; MORAES, Márcio de. Cirurgia bucal. *In*: ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 101-110.

ARAÚJO, Rhayana Barroso de *et al.* Os efeitos da terapia farmacológica na prevenção e tratamento da Alveolite Seca: revisão de literatura. *In*: JORNADA ODONTOLÓGICA DOS ACADÊMICOS DA CATÓLICA, 7., 2018. Quixadá, CE. **Anais** [...]. Quixadá: JOAC, 2018. v. 4, n. 1, 2018. Tema: Inovação e evidencia científica: pilares na odontologia contemporânea. ISSN 2448-1726.

BARBIERI, Bruna *et al.* Clorexidina como método alternativo na prevenção de Alveolite Seca: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 48183-48187, maio. 2021. ISSN: 2525-8761. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i5.30124>.

BRITO, Géssica Oliveira Gomes de; MELO, Giceli da Silva. **Alveolite e seus aspectos atuais**. Orientador: Paulo Almeida Júnior. 2015. 10 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) - Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes, Aracaju, 2015.

CARDOSO, Camila Lopes. **Análise morfométrica e molecular da alveolite induzida em ratos com diferentes modalidades de tratamento**. Orientador: Osny Ferreira Júnior. 2009. 194 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, USP, Bauru, 2009.

CORDEIRO, António Manuel Lopes. **Alveolite: ocorrências e tratamento**. Orientador: Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida. 2010. 49 f. Monografia-Artigo de revisão (Mestrado Integrado de Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto. Porto, 2010.

MACHADO, Wilian Matheus. **Acidentes e complicações associados a extração de terceiro molar: revisão de literatura**. Prof. Orientadora: Mariana Rinaldi. 2020. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Guairacá, Guarapuava, 2020.

NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2009. 992 p. ISBN 9788535230895.

PEREIRA, Gilberto Garcia. **Principais Adversidades Nas Extrações De Terceiros Molares.** Orientador: Murilo Rizental Pacenko. 2020. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Guairacá, Guarapuava, 2020.

SILVA, Adjane Ferreira da; REIS, Alana Viana; GRISOTO, Luciana Cistina. Incidência de casos de alveolite em exodontia. **Revista Cathedral**, Caçari, Boa Vista, RR, v. 2, n. 1, p. 1-13, 11 fev. 2020. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/126/17>. Acesso em: 15 maio 2021.

MUCOSITES ORAIS COM INDICAÇÃO DE LASERTERAPIA

A mucosite consiste na “irritação ou inflamação da mucosa bucal, provocada por ação da radioterapia de cabeça e pescoço e da quimioterapia” (SPEZZIA, 2015, p. 14). Clinicamente se manifestam como lesões dolorosas, eritematosas ou ulceradas na cavidade bucal (SROUSSI *et al.*, 2017). As mucosites produzirão lesões que podem causar dor, disfagia, alteração de higiene oral e da nutrição (SPEZZIA, 2015).

“A escala mais usada para medir a mucosite bucal é a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a classifica em quatro graus” de severidade (SPEZZIA, 2015, p. 15):

- ✓ Grau 0: não existem sinais e sintomas;
- ✓ Grau 1: se encontra eritematosa e dolorida;
- ✓ Grau 2: possui úlceras e o paciente se alimenta normalmente;
- ✓ Grau 3: caracterizada por úlceras e o paciente só consegue ingerir líquidos;
- ✓ Grau 4: o paciente não consegue se alimentar.

“A incidência de mucosite para pessoas com câncer de cabeça e pescoço em tratamento de radioterapia associada à quimioterapia é de aproximadamente 85%, mas todos os indivíduos tratados apresentam algum grau de mucosite oral” (LOPES *et al.*, 2016, p. 2).

“A mucosite induzida pela quimioterapia dura geralmente uma semana e tem resolução em 21 dias [...]. A induzida pela radioterapia permanece pelo menos por duas semanas após o término da radioterapia” (MENEZES *et al.*, 2014, p. 36).

A prevenção e o tratamento da mucosite oral ainda não estão bem estabelecidos. O Digluconato de Clorexidina a 0,12% está entre os agentes mais estudados e utilizados na profilaxia e tratamento da mucosite oral (BRITO *et al.*, 2012) devido “suas propriedades antimicrobianas, efetividade e importância clínica” (WOLFGANG; STEFAN, 2005; SANDOVAL *et al.*, 2003 *apud* BRITO *et al.*, 2012, p. 237). “A manutenção de higiene oral, durante e após a radiação, irá reduzir o risco de complicações dentárias, incluindo infecções, cáries, gengivite e osteorradionecrose” (MENEZES *et al.*, 2014, p. 36).

Ainda segundo Ana Menezes, o “alívio sintomático de pacientes com [sintomas leves e moderados] pode ser conseguida por cloridrato de Benzidamina”. Já em casos graves “um enxaguatório bucal de lidocaína a 2% [ajuda bastante] e bochechos de aspirina-mucaína [feito] antes das refeições podem ajudar a combater disfagia”. (MENEZES *et al.*, 2014, p. 36).

Segundo Galvão; Castro (2006), o laser de baixa potência tem obtidos bons resultados no tratamento da mucosite oral, apresentando efetividade no controle sintomático, e redução na incidência e severidade das lesões, devido a processos de bioestimulação tecidual, aceleração do processo de cicatrização e alívio da dor.

Para Natalie Kelner e Jurema Castro, o tratamento com laser age estimulando a atividade celular, conduzindo a proliferação de queratinócitos, aumento da população de degranulação de mastócitos e angiogênese (KELNER; CASTRO, 2007).

Referências

BRITO, Caroline Argolo *et al.* Efeito da clorexidina e do laser de baixa potência na prevenção e no tratamento da mucosite oral. **Rev Odontol UNESP.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 236-241, jul/ago, 2012. ISSN 1807-2577. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/5880192c7f8c9d0a098b5005>. Acesso em: 15 maio 2021.

GALVÃO, Virgílio; CASTRO, Carlos Henrique Bettoni Cruz de; CONSOLARO, Alberto. Mucosite severa em pacientes com leucemia: uma abordagem terapêutica. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, PE, v. 6, n. 2, p35 - 40, abr./ju. 2006. ISSN 1808-5210. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2006/v6n2/v6n25.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

KELNER, Natalie; CASTRO, Jurema Freire Lisboa de. Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. **Revista Brasileira de Cancerologia (RBC)**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 29-33, 30 mar. 2007. ISSN 2176-9745. DOI: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2007v53n1.1825>.

LOPES, Livia Dantas *et al.* Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, SC, v. 25, n. 1, p. e2060014, ene-mar, 2016. e-ISSN: 1980- 265X.

MENEZES, Ana Carolina *et al.* Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 35-38, jan./jun. 2014. ISSN 0034-7272.

SPEZZIA, Sérgio. Mucosite Oral. **Journal Of Oral Investigations**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 14-18, 30 jun. 2015. ISSN 2238-510X. DOI: <http://dx.doi.org/10.18256/2238-510x/j.oralinvestigations.v4n1p14-18>.

SROUSSI, Herve Y. *et al.* Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. **Cancer Medicine**, [S.L.], v. 6, n. 12, p. 2918-2931, 25 out. 2017. ISSN:2045-7634. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cam4.1221>.

REMOÇÃO DE SUTURAS

Os princípios cirúrgicos são atos manuais que o odontólogo realiza, através do auxílio de instrumentos com objetivo terapêutico, estético ou diagnóstico. São também chamados de tempos cirúrgicos, comuns na maioria das operações. São eles: diérese, hemostasia e síntese.

A síntese consiste na aproximação das margens da ferida, com intuito de ajudar no processo cicatricial (MEDEIROS; DANTAS-FILHO, 2018).

Entretanto como a maioria dos fios utilizados e disponíveis para o atendimento odontológico são fios não absorvíveis faz-se necessário à sua remoção. A remoção deve ser feita entre o sétimo e o décimo dias após a cirurgia (SILVA et al. 2019).

Materiais necessários:

Instrumental	Material de consumo
Pinça clínica	Gaze
Tesoura íris reta ou Curva	
Espelho clínico	

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS

Código CIAP utilizado:

A97	Ausência de doença
-----	--------------------

Procedimento do Local/Dente realizado:

0301100152	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)
------------	--

Referências

MEDEIROS, Aldo Cunha; DANTAS-FILHO, Antônio Medeiros. Intervenções fundamentais em cirurgia: diérese, hemostasia e síntese. **Journal Of Surgical And Clinical Research**, Natal, Rn, v. 9, n. 2, p. 54-74, 9 nov. 2018. e-ISSN: 2179-7889: DOI: <http://dx.doi.org/10.20398/jscr.v9i2.15917>.

SILVA, Francisco Willame da *et al.* Cuidados odontológicos previamente e durante a terapia antirreabsortiva/antiangiogenica frente à necessidade de realização de exodontias. *In*: SEMANA ACADÊMICA, 15. ENCONTRO DE MONITORIA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7. 2019. Fortaleza, CE. **Anais** [...]. Fortaleza, CE: Unifametro, 2019. 8 p. Tema: Diversidades Tecnológicas e seus Impactos Sustentáveis. ISSN: 2357-8645. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/5da4e2b3-ae54-4d89-b828-62e243cda1d7-resumo-expandido-conexao-2019-willpdf.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.



CAPÍTULO 9

URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS

Allyne Wanderley Lima

Felippe Nepomuceno Dionízio Cavalcanti

Arianne Alexandre de Moraes Arraes

Romário Versailles Silva Costa

Priscila Xavier de Araujo



PULPITE IRREVERSÍVEL

Definição: É a inflamação dos tecidos pulpaes presentes dentro do sistema de canais radiculares que formam a parte vital de um elemento dental, pode ser induzida por cavitação profunda de cárie, tratamento restaurador profundo ou trauma, causando dor ao paciente de forma espontânea, agudizado durante a ingestão de alimentos frios e no período noturno quando o paciente encontra-se deitado (figuras 1 e 2).

Etiologia: Geralmente este quadro está associado a tratamentos restauradores profundos, lesões cáries extensas que podem estar próximas ou em íntimo contato com os tecidos da polpa dental, causando um quadro inflamatório progressivo e irreversível que resulta na necrose da polpa dental.

Sinais e Sintomas: Queixa de dor espontânea, localizada, intensa e exacerbada por estímulos térmicos e mecânicos e persistência do sintoma após a remoção do estímulo, o qual pode ser representado por alimento doce, quente ou ácido, mas especialmente frio, nos estágios iniciais. Com o avanço da alteração, a dor aumenta e é comparada a uma pressão pulsátil ou lancinante, comprometendo a qualidade de vida do paciente. Nesses casos, a dor pode ser aliviada com o frio, pelo efeito vasoconstritor e analgésico, e acentuar-se com os estímulos quentes. No exame radiográfico pode o ligamento periodontal apresentar-se normal ou com um ligeiro espessamento, usualmente sem perda da lâmina dura, na região do periápice (PRADO; ROCHA, 2017).

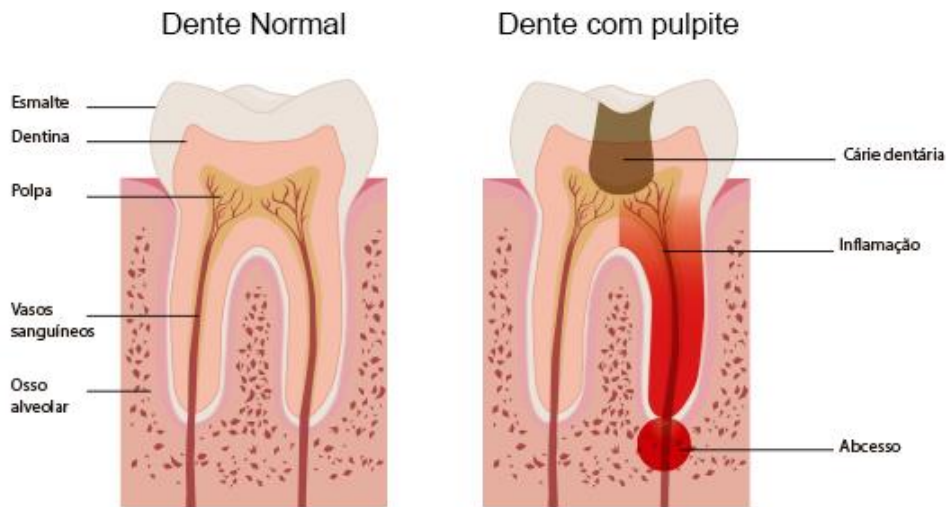
Complicações: Além do quadro de dor elevada e dificuldade na ingestão de alimentos, no caso de postergação do tratamento endodôntico pode ocorrer a necrose da polpa, possibilitando o início da formação de um abscesso periapical agudo ou crônico.

Diagnóstico: O diagnóstico deverá ser realizado através de anamnese, exame intraoral, questionamento ao paciente sobre a sintomatologia, auxiliado preferencialmente com o apoio de exames de imagem (radiografias periapicais), exames de sensibilidade pulpar (frio ou quente) e teste de percussão.

Protocolo recomendado para tratamento inicial da pulpite irreversível na Atenção Básica

- ✓ Anestesia local, empregando a técnica de bloqueio regional responsável pela inervação do dente afetado.
- ✓ Isolamento absoluto, se possível.
- ✓ Remoção do tecido cariado presente e acesso à câmara pulpar.
- ✓ Esvaziamento da câmara pulpar, com a máxima remoção do tecido pulpar presente no dente, com a utilização de extirpa nervos ou limas endodônticas.
- ✓ Irrigação com hipoclorito de sódio, caso não tenha utilizar soro fisiológico.
- ✓ Medicação intracanal com hidróxido de cálcio PA associado a soro fisiológico ou solução anestésica ou otosporin.
- ✓ Selamento provisório.
- ✓ Prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais na presença de dor e inflamação.
- ✓ Encaminhamento do paciente ao CEO para realização de tratamento endodôntico.

Figura 1 - Pulpite Irreversível



Fonte: (AMÁVEL, 2020) traduzido de Smile Stomatology.biz

Figura 2 - Primeiro molar inferior direito (46) de paciente jovem (15 anos), portador de hiperplasia pulpar ou pólipo pulpar. (Pulpite Irreversível Assintomática)



Fonte: (LEMOS, [2021], p. [11])

Prognóstico: Favorável. Após ser submetido ao tratamento endodôntico, o dente terá condições de receber tratamento restaurador definitivo para voltar a realizar suas funções mastigatórias.

OBS: Para o encaminhamento ao CEO, o documento deverá ser em escrito em duas vias.

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D19	Inclui: problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição e dor de dentes.
03.01.06.003-7	Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.

CID utilizado:

K04	Doenças da polpa e dos tecidos periapicais.
K04.0	Pulpite.

Procedimento do Local/Dente realizado:

030702001-0	Acesso a polpa dentaria e medicação por dente.
0307020029	Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico.
0101020090	Selamento provisório de cavidade.

Referências

- AMÁVEL, Rui. Pulpite. *In*: Saude Bem Estar, port. 12 out. 2020. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/pulpite/>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- LEMOS, Érico de Mello. Diagnóstico em Endodontia: endo-e. **Endo-e**: Endodontia eletrônica. [s. l] , [2021]. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334799375Odonto_parte_001.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.
- PRADO, Maíra; ROCHA, Nedi S. **Endodontia - princípios para prática clínica**. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017. 408 p.: ISBN: 9788583690276.
- Bibliografia**
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) ISBN 85-334-1228-2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1696-3.
- LOPES, Hélio; SIQUEIRA JUNIOR, José Freitas. **Endodontia: biologia e técnica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2009. 992 p. ISBN 9788535230895.

ABCESSOS (DENTÁRIO OU PERIAPICAL) OU INFECÇÃO BACTERIANA

Definição: É um quadro infeccioso, precipitado após a necrose do tecido pulpar, que permite que bactérias atinjam os tecidos presentes no periápice, causando uma resposta inflamatória exacerbada pelo organismo (**Figura 3**) (LOPES; SIQUEIRA JUNIOR, 2015).

Etiologia: Ocorre através da colonização de bactérias, formando biofilmes nos condutos radiculares. A presença das bactérias e de seus subprodutos causa uma resposta inflamatória aguda no organismo do hospedeiro, com a formação de exsudação purulenta.

Sinais e Sintomas: Sintomatologia dolorosa com queixa de dor espontânea localizada, lancinante e exacerbada por estímulos mecânicos. Com região do dente afetado edemaciada, mal-estar geral, febre na fase sintomática e formação de trajeto fistuloso com parulide intraoral por onde ocorre a drenagem do exsudato no período crônico. No exame radiográfico pode apresentar espessamento ou lesão circunscrita na região periapical (LOPES; SIQUEIRA JUNIOR, 2015; NEVILLE *et al.* 2009).

Complicações: Pode ocorrer extravasamento do exsudato para regiões de tecidos nobres, podendo ocasionar urgências médicas como trombose de seio cavernoso, invasão dos espaços submandibulares, com a possibilidade de formação de angina de *ludwig*, e até disseminação da infecção para o restante do corpo podendo gerar um quadro de septicemia, podendo levar ao óbito do paciente (SIQUEIRA, 2013).

Diagnóstico: Para identificá-la, o cirurgião dentista durante o exame clínico deve determinar qual dente é responsável pelo foco infeccioso, através de exame clínico, radiográfico, exame de fistulografia e teste de sensibilidade pulpar. Os abscessos podem se subdividir em abscessos agudos e crônicos. No abscesso periapical agudo, são bastante sensíveis à percussão, palpação e pressão, e estão associados à polpa necrótica, na qual o paciente não responde mais positivamente aos testes de sensibilidade pulpar. O cirurgião

dentista pode notar edemaciamento, com região eritematosa na região do foco infeccioso, linfadenopatia regional e febre. O inchaço existente pode ser intra e/ou extrabucal e a infecção poderá progredir para a cortical ou espaços medulares do osso (osteomielite) ou se difundir pelos tecidos moles como uma celulite. O exame pode ser prejudicado se o paciente apresentar trismo (PRADO; ROCHA, 2017).

Em casos de abscesso periapical crônico o paciente geralmente não apresenta quadro doloroso, porém pode apresentar parúlide de drenagem intraoral.

Para localizar o foco infeccioso, pode ser realizado exame de rastreamento de fístula.

(Figura 3)

Figura 3 - Foco infeccioso e rastreamento de fístula



Fonte: (MÁSTER EN ENDODONCIA..., 2021)

Protocolo recomendado para tratamento de Abscesso Periapical

Fase crônica: Indicado a realização de tratamento endodôntico, realizando cirurgia de acesso com medicação e selamento provisório com encaminhamento para avaliação na atenção secundária CEO - Centro de Especialidades Odontológicas, ou realização da exodontia quando não houver mais possibilidade de realização do tratamento endodôntico.

Fase aguda:

- ✓ Anestesia local, empregando a técnica de bloqueio regional do nervo indicado.
- ✓ Se o dente não possuir possibilidade de tratamento endodôntico, realizar exodontia.
Caso possua, realizar:
- ✓ Remoção do tecido cariado até acessar a câmara pulpar.
- ✓ Esvaziamento da câmara pulpar, com desbridamento dos canais radiculares para drenagem do exsudato purulento.
- ✓ Realização da drenagem do exsudato. Se não for possível realizar via canal, realizar incisão no ponto flutuante da região edemaciada e realizar a drenagem pelo local incisado.
- ✓ Irrigação abundante com substância química auxiliar e colocação de medicação intracanal, selamento provisório e encaminhamento para tratamento endodôntico no CEO.
- ✓ Prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais na presença de dor e inflamação.
- ✓ Em casos que apresentem sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso como: trismo, febre, taquicardia, infartamento ganglionar, falta de apetite e mal-estar geral, prescrever o uso de antibióticos da seguinte forma:

Doses de manutenção dos antibióticos (Segundo Andrade, 2014):

(Adultos ou crianças com peso corporal > 30 kg)

Abscessos apicais em **fase inicial**: Amoxicilina 500 mg a cada 8 h.

Alérgicos às penicilinas: Claritromicina 250 mg a cada 12 h.

Abscessos apicais em fases **mais avançadas**: Amoxicilina 500 mg + metronidazol 250 mg, a cada 8 h.

Alérgicos às penicilinas: Claritromicina 250 mg a cada 12 h ou Clindamicina 300 mg a cada 8 h.

Importante: É aconselhável manter contato telefônico com o paciente durante as primeiras 24h do procedimento clínico, quanto à evolução do quadro clínico.

“A experiência mostra que a duração média do tratamento dos abscessos apicais agudos é de **3-5 dias**” (ANDRADE; PASSERI; MORAES, 2014, p. 125, grifo nosso).

“Casos avançados com a presença de celulite considerável, disfagia (dificuldade de deglutição), anorexia (falta de apetite) e mal-estar geral, devem ser encaminhados aos cuidados de um cirurgião buco-maxilofacial” (ANDRADE; PASSERI; MORAES, 2014, p. 107).

Figura 4 - Abscesso Dentário/Periapical



Fonte: (ABSCESSO..., c2021)

Prognóstico: É favorável uma vez que ocorre a remoção do agente causador da infecção o paciente tende a ter o quadro de saúde restaurado a sua normalidade.

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D19:	Problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes.
03.01.06.003-7	Atendimento de urgência em atenção básica.

CID utilizado:

K04.7	Abscesso periapical sem fístula.
K12.2	Celulite e abscesso da boca.

Procedimento do Local/Dente:

0414020405	Drenagem de abscesso na boca e anexos.
-------------------	--

0414020138	Exodontia de dente permanente.
030702001-0	Acesso a polpa dentaria e medicação por dente.
0307020029	Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico.
0101020090	Selamento provisório de cavidade.

Referências

ABCESSO dentário: quanto tempo demora a desaparecer? **Angelsmile**, c2021. Disponível em: <https://angelsmile.com.pt/abcesso-dentario-quanto-tempo-demora-a-desaparecer/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

AMÁVEL, Rui. Pulpite. *In*: Saude Bem Estar, port. 12 out. 2020. Disponível em: <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/dentaria/pulpite/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

ANDRADE, Eduardo Dias de; PASSERI, Luis Augusto; MORAES, Márcio de. Cirurgia bucal. *In*: ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 101-110. ISBN 978-85-367-0214-8.

LOPES, Hélio; SIQUEIRA JUNIOR, José Freitas. **Endodontia**: biologia e técnica. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MÁSTER EN ENDODONCIA AVANZADA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID. Caso clínico Máster: necropulpectomia en 14. **Master Endodoncia** [blog], Madrid, 30 nov. 2021. Disponível em: <https://masterendodoncia.home.blog/2021/11/30/caso-clinico-master-necropulpectomia-en-14/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2009. 992 p. ISBN 9788535230895.

PRADO, Maíra; ROCHA, Nedi S. **Endodontia - princípios para prática clínica**. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017. 408 p.: ISBN: 9788583690276.

SIQUEIRA, Filipe Modolo. **Eventos agudos na atenção básica**: dor de origem periodontal e na mucosa. Florianópolis: UFSC, 2013. 20 p. ISBN: 978-85-8267-027-9.

MEDICAÇÃO INTRACANAL

Definição: São os produtos utilizados como medicação na tentativa diminuir ou eliminar a proliferação de bactérias dentro do sistema de canais radiculares. Os objetivos da medicação intracanal diferem entre si em função do estágio clínico do dente em tratamento e das propriedades de cada substância (PRADO; ROCHA, 2017).

Utilização hidróxido de cálcio PA: Recomenda-se sua utilização após o preparo químico-mecânico do sistema de canais radiculares em dentes vivos ou necrosados que não terão a obturação realizada na mesma sessão. Por se apresentar em forma de pó, necessita de um veículo líquido, aquoso (soro fisiológico, anestésico, água destilada) ou oleoso (azeite de oliva, propilenoglicol) para formação de uma pasta, podendo ser associado ao PMCC (paramonoclorofenolcanforado) ou/e iodofórmio. Sua inserção pode ser realizada com o auxílio de limas de pequeno calibre ou pela utilização da lentulo no motor de baixa rotação (figura 1) (BRASIL, 2018; LOPES; SIQUEIRA JUNIOR, 2015).

Figura 1 - Hidróxido de Cálcio P.A



Fonte: (HIDRÓXIDO..., c2019)

Utilização de Aldeídos: O formocresol e o tricresol formalina, são potentes agentes antimicrobianos que atuam de forma eficiente em contato direto e indireto através da liberação de vapores, mais utilizado em dentes necrosados em que por motivos diversos não houve a sanitização do sistema de canais, tem um curto tempo de efeito (Até 3 dias). Sua inserção é utilizada molhando uma pequena quantidade de algodão que é posteriormente alocada dentro da câmara pulpar vazia. Estudos mais recentes questionam

sua utilização devido a sua toxicidade elevada (figuras 1 e 2) (NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2009; THOMAS *et al*, 2006).

Figura 1 - Formocresol



Fonte: (HIDRÓXIDO..., c2019)

Figura 2 - Tricresol Formalina



Fonte: (TRICRESOL..., c2019)

Utilização de halógenos: O iodofórmio é uma substância halógena, utilizada como medicação intracanal, apresenta boa radiopacidade, possui atividade antimicrobiana satisfatória e pode ser utilizada sozinha ou em associação com a pasta de hidróxido de cálcio, por não interferir em suas capacidades físico químicas (figura 3), sua inserção pode ser realizada com o auxílio de limas de pequeno calibre ou pela utilização da lentulo no motor de baixa rotação (BRASIL, 2018; LOPES; SIQUEIRA JUNIOR, 2015).

Figura 3 – Iodofórmio



Fonte: (IODOFÓRMIO..., c2018).

Utilização de derivados fenólicos: O paramonoclorofenol é um potente agente antimicrobiano utilizado especialmente em conjunto ao HPA, apresenta-se em forma de líquido e pode ser utilizado de forma parecida ao formocresol, sozinho embebido em uma bolinha de algodão ou em associação em pasta com o hidróxido de cálcio (figura 4) (LOPES, 2015).

Figura 4 - Paramonoclorofenol

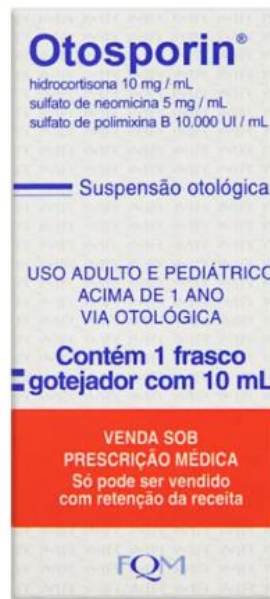


Fonte: (PARAMONOCLOROFENOL..., c2019).

Utilização de antiinflamatórios e antibióticos:

Otosporin: Medicamento que é indicado para tratamento de otite externa, também é utilizado em vários procedimentos endodônticos, como: capeamentos, pulpotomia e curativos de demora. Apresenta-se em forma de líquido e pode ser utilizado de forma parecida ao paramonoclorofenol, sozinho embebido em uma bolinha de algodão (figura 5), (ÁLAMO, 2014).

Figura 5 – Otosporin



Fonte: (OTOSPORIN, c2021)

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP:

D19	Sinais/sintomas dos dentes/gengivas: problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição e dor de dentes.
-----	---

CID:

CID K04	Doenças da polpa e dos tecidos periapicais.
CID K04.0	Pulpite.
CID K04.1	Necrose da polpa.
CID K04.2	Degeneração da polpa.
CID K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar.

CID K04.5	Periodontite apical crônica.
CID K04.6	Abscesso periapical com fístula.
CID K04.7	Abscesso periapical sem fístula.
CID K04.8	Cisto radicular.
CID K04.9	Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas.

Procedimento do Local/Dente:

03.07.02.001-0	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente).
03.07.02.002-9	Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico.
03.07.02.007-0	Pulpotomia dentária.

Referências

ÁLAMO, Larissa. **Estudo in vivo do potencial anti-inflamatório do Otosporin empregado em dentes de rato submetidos à clareação dentária.** Orientador: Luciano Tavares Angelo Cintra. 2014. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/149567>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 20118. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0.

HIDRÓXIDO de Cálcio P.A.: Biodinâmica. Dentalcremer, c2019. Disponível em: <https://www.dentalcremer.com.br/hidroxido-de-calcio-p-a-biodinamica-214772.html>. Acesso em: 16 nov. 2021.

IODOFÓRMIO 10G. Dental Master, Master SBG Produtos Odontologicos LTDA, c2018. Disponível em: <https://www.dentalmaster.com.br/iodoformio-10g-k-dent/p>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LOPES, Hélio; SIQUEIRA JUNIOR, José Freitas. **Endodontia: biologia e técnica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. Quais as vantagens e desvantagens do uso de tricresolformalina em relação ao formocresol?. **BVS APS: traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde,** [S. l], 24 ago. 2009. Saúde Bucal. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-as-vantagens-e-desvantagens-do-uso-de-tricresolformalina-em-relacao-ao-formocresol/>. Acesso em: 5 set. 2021.

OTOSPORIN – FQM: Embalagem com 1 frasco de 10ml. Dental Med Sul Art Odontologicos Ltda, c2021. Disponível em: <https://www.dentalmedsul.com.br/otosporin---fqm-/p>. Acesso em: 5 set. 2022.

PARAMONOCLOROFENOL Canforado: Biodinâmica. Dentalcremer, c2019. Disponível em: <https://www.dentalcremer.com.br/paramonoclorofenol-canforado-biodinamica-214499.html>. Acesso em: 16 nov. 2021.

PRADO, Máira; ROCHA, Nedi S. **Endodontia - princípios para prática clínica**. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017. 408 p.: ISBN: 9788583690276.

THOMAS, Melissa Isabel *et al.* Formaldeído na odontologia: aspectos antimicrobianos, carcinogênicos e mutagênicos. um estudo da sua viabilidade na clínica odontológica. **Revista Odonto Ciência**: Fac. Odonto/PUCRS, Porto Alegre, RD, v. 21, n. 54, p. 387-391, out./dez. 2006. ISSN 1980-6523.

TRICRESOL Formalina: Maquira. Dentalcremer, c2019. Disponível em: <https://www.dentalcremer.com.br/tricresol-formalina-maquira-398328.html>. Acesso em: 5 set. 2021.



CAPÍTULO 10

URGÊNCIA RESTAURADORA

Allyne Wanderley Lima

Jessica Guimarães Dias

Mauro de Souza Pantoja

Thiago Brito Xavier



CÁRIES EXTENSAS OU RESTAURAÇÕES COM PROBLEMAS QUE CAUSEM DOR

Definição e etiologia: Atualmente há controvérsias em relação a etiologia da cárie (LIMA, 2007), porém seguiremos com o que é estabelecido universalmente. Portanto, é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e dependente da dieta; produz desmineralização do esmalte e da dentina; possui quatro fatores considerados determinantes para sua formação: dente susceptível, dieta, microrganismos e tempo (NEWBRUN, 1983). sendo consideradas profundas quando estão localizadas no terço e quarto interno de dentina em avaliação radiográfica interproximal.

Sinais e Sintomas: Para a realização da intervenção de lesões de carie profunda, é necessário que tenhamos como sinais a ausência de exposição pulpar clinicamente, ausência de edema e, radiografia periapical indicando ausência de lesões periapicais e a lesão de carie em terço ou quarto interno de dentina. Para os sintomas deve haver ausência de sintomatologia espontânea.

Diagnóstico: Ao suspeitar clinicamente de uma lesão de cárie profunda, é necessário, primeiramente, solicitação de radiografia periapical, a fim de identificar a extensão da lesão e presença cárie interproximal. Para seguir o presente protocolo, a lesão deve estar em terço ou quarto interno da dentina na radiografia (CUMERLATO *et al.*, 2021). É de suma importância o diagnóstico correto nesses casos, para evitar dores posteriores ao procedimento. Por isso, esse protocolo é recomendado, apenas na ausência de sintomatologia dolorosa espontânea.

Riscos e complicações: risco de exposição pulpar na remoção do tecido cariado, submeter o paciente a uma segunda intervenção (na técnica de remoção em estágios), risco de dor posterior ao procedimento devido o erro no diagnóstico ou insucesso do tratamento, necessitando assim de tratamento endodôntico.

Protocolo recomendado para Tratamento de Cárie extensa: Após o diagnóstico de lesão de cárie profunda, devemos iniciar um protocolo de tratamento que pode ser o Tratamento Restaurador Minimamente Invasivo ou o ART (Tratamento Restaurador Atraumático).

Tratamento Restaurador Minimamente Invasivo: Consiste na remoção seletiva do tecido cariado, o que atualmente é mais aceito pois estudos comprovam ser o tratamento com maiores chances de sucesso, quando comparamos com a técnica não seletiva para a remoção do tecido cariado. Portanto, o tecido cariado deve ser removido até a dentina amolecida, sendo que nas paredes circundantes é removido até a dentina dura, para que os materiais restauradores tenham uma melhor adesão e longevidade. O isolamento do campo operatório, adequando a realidade da saúde bucal básica, é realizado de forma relativa, com roletes de algodão. Já o acesso a lesão se dá com instrumento rotatório em alta rotação (pontas diamantadas esféricas, ex 1014, compatíveis com o tamanho da cavidade, que depois é ampliada para obter acesso a toda a superfície da lesão).

Para remover a dentina cariada de forma minimamente invasiva existem duas opções:

a) Remoção em estágios, e a b) Remoção seletiva até dentina amolecida.

- a) Remoção em estágios: optando por remover a carie em estágios, será realizado um tratamento expectante onde a cárie é removida em duas sessões. Essa técnica apresenta maiores taxas de sucesso quando é comparada ao método de remoção de cárie seletivo (aquele que remove todo o tecido cariado, até dentina dura e restaura na mesma sessão), porém existe o risco de exposição pulpar na segunda sessão e submete o paciente a um retorno. Na primeira remove-se o tecido cariado até a dentina amolecida na parede pulpar. Já nas paredes circundantes remove-se totalmente o tecido amolecido com curetas de dentina ou brocas esféricas, até a

dentina dura. Em seguida é feita a lavagem da cavidade com jato de água/a e também pode-se utilizar bolinha de algodão estéril e água de cal em seguida. Secar a cavidade com bolinha de algodão estéril. Com a cavidade limpa e seca é feito o forramento com cimento de hidróxido de cálcio aplicando apenas na parede pulpar. Então é realizado uma restauração provisória para selar a cavidade, essa restauração pode ser feita com Ionômero de vidro; oxido de zinco e eugenol ou IRM (Material Restaurador intermediário). O paciente retorna após 45 dias. Na segunda sessão, tendo ausência de sintomatologia dolorosa, solicita-se uma nova tomada radiográfica para observar a formação de dentina terciária. Se for necessário pode ser realizado teste de vitalidade pulpar. Então é realizado um novo acesso a cavidade no qual remove-se o material temporário e todo o tecido cariado até dentina firme na parede pulpar, e por fim é realizado a restauração definitiva com proteção do complexo dentinopulpar. (MORAES *et al*, 2017, p. 55).

- b) Remoção seletiva até dentina amolecida: a cárie é removida até dentina dura nas paredes circundantes com curetas de dentinas ou brocas carbide esféricas em baixa rotação. Na parede pulpar a dentina cariada amolecida é preservada afim de evitar exposição pulpar. Para o manejo da técnica é indicado apenas cureta de dentina compatível com o tamanho da cavidade. Em seguida é realizado os procedimentos restauradores. Nessa técnica as chances de sucesso são maiores e o risco de exposição pulpar é menor. Após a remoção do tecido cariado é feita a lavagem da cavidade com jato de água/ar, a limpeza com bolinha de algodão estéril e água de cal pode ser realizada. Secar a cavidade com bolinha de algodão estéril. Com a cavidade limpa e seca deve-se realizar o forramento com cimento de hidróxido de cálcio aplicando apenas na parede pulpar. Se necessário, remover excesso das paredes laterais com cureta de dentina (se o material restaurador for resina composta, observar se cimento de hidróxido de cálcio é ácido-resistente, se não for é necessário adicionar uma camada de ionômero de vidro). Restauração definitiva conforme planejado.

Materiais necessários:

Instrumental	Material de consumo
Pinça clínica	Fio dental
Sonda exploradora	Gaze
Espelho clínico	Rolos de algodão
Curetas de dentina	Filme radiográfico
Canetas de alta e baixa rotação	Posicionador radiográfico
Brocas carbide (n° 3, 4, 6)	Resina composta (cores diversas)
Pontas diamantadas (° 1014, 1012)	Ionômero de Vidro
	Cimento de hidróxido de cálcio

ART: O ART também é considerado um tratamento minimamente invasivo e de remoção seletiva do tecido cariado até dentina amolecida, indicado para lesões cavitadas em dentina. Nessa técnica, não se utiliza instrumentos rotatórios e nem anestesia local, apenas instrumentos manuais são empregados para a remoção da carie. Após a remoção o dente é restaurado com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade. Pode ser empregado tanto em crianças como em adultos (CUMERLATO, 2021, p. 132).

Segundo Monnerat; Souza; Monnerat (2013) a sequência do tratamento consiste em: remoção seletiva do tecido cariado com instrumentos manuais; isolamento relativo com roletes de algodão; pré-tratamento da superfície com ácido poliacrílico a 10% por 15 a 20 segundos; lavagem e secagem com bolinha de algodão estéril; Inserir o IV (manipular de acordo com o fabricante) na cavidade com espátula número 1 ou esculpidor ART; Pressão digital por 4 a 5 minutos, pra melhor escoamento e diminuir a presença de bolhas; Remoção dos excessos, se necessário utilizar o carbono para ajuste oclusal, bem como fio dental e se necessário, tiras de poliéster; Depois da perda do brilho do IV, fazer proteção com verniz que é fornecido pelo fabricante, pode-se utilizar ainda vaselina ou esmalte; é necessário orientar o paciente que não mastigue por uma hora, e alimentação pastosa por 24 horas.

Figura 1 – Carie profunda

Figura 2 - Cárie Dentaria



Fonte: (FEDERLIN, 2014. p. 66)



Fonte: (SOUZA *et al.*, 2012, p. 77).

Prognóstico: é necessário bastante cautela no manejo de cáries profundas pois existe o risco de agressão ao tecido pulpar que pode acontecer no momento da intervenção odontológica. O diagnóstico é fundamental. Além disso, as técnicas mais conservadoras têm obtido maiores chances de sucesso clínico. Porém, o caso pode evoluir para endodontia. Portanto, é necessário que o Cirurgião-dentista sempre esclareça os riscos antes de iniciar o procedimento.

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D82	cáries; abscessos; gengivite; maloclusão; Perturbação da articulação temporomandibular; angina de vincent.
03.01.06.003-7	Atendimento de urgência em atenção básica

CID utilizado:

K02	Cárie Dentária
-----	----------------

Procedimento do Local/Dente realizado:

0307010031	Restauração de dente permanente anterior
0307010040	Restauração de dente permanente posterior
0307020029	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
0307010015	Capeamento pulpar
0307010074	Tratamento restaurador atraumático (TRA/ART)

Referências

CUMERLATO, Catarina Borges da Fonseca *et al.* Manejo de lesões profundas de cárie. *In:* LUND, Rafael Guerra *et al.* (org.). **Protocolos clínicos em odontologia restauradora**: o passo a passo para o clínico. Nova Xavantina, MT: Pantanal Editora, 2021. p. 122-134. ISBN 978-65-88319-42-0. DOI: <https://doi.org/10.46420/9786588319420>.

FEDERLIN, Marianne *et al.* Klinisches Fallbeispiel für die Verwendung von Biodentine zur Caries profunda-Behandlung. *In:* DAMMASCHKE, Till. **Biodentine**: Dentinersatz für die Zahnerhaltung - Handbuch mit Anregungen und Hilfestellungen. Niederkassel: Septodont, 2014. p. 66-68. (Fallbericht 14). ISBN: 978-3-00-046702-8. Disponível em: <https://www.septodont.de/sites/de/files/2018-06/Biodentine%20Handbuch.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

LIMA, José Eduardo de Oliveira. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 119-130, dez. 2007. ISSN 1980-5500. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-54192007000600012>.

MONNERAT, Antônio Fernando; SOUZA, Maria Isabel de Castro de; MONNERAT, Aline Borges Luiz. Tratamento restaurador atraumático: uma técnica que podemos confiar? **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 33-6 jan./jun. 2013. e-ISSN: 1984-3747. DOI: <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v70n1.p.33>.

MORAES, R. D. *et al.* Tratamento expectante: uma abordagem antiga, mas ainda eficaz. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, SP, v. 25, 5, Special Issue, p. 55, 2017. ISSN 1678-7757. Disponível em: https://cob.fob.usp.br/wp-content/uploads/sites/954/2021/05/ANAIS_30_COB-2017.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

NEWBRUN, Ernest. **Cariology**. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.

SOUSA, Janaína Maniezo de *et al.* Utilização de gel de papaína associado à técnica de restauração atraumática em bebê: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, PE, v. 11, n. 1, p. 75-80, 2012. ISSN 1677-3888. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n1/a14v11n1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

DOR PROVOCADA POR LESÕES NÃO CARIOSAS: ABRASÃO, ATRIÇÃO E EROSÃO

Definição: Perda acumulativa da superfície dentária mineralizada devido a processos físicos, químicos ou físico-químicos. Esse desgaste não pode ser considerado resultado de cárie, reabsorção ou trauma. Existem três principais abrasões, atrição e erosão (LUND, 2021).

Etiologia: Segundo Rocha; Silva; Lund (2021, p. 318) a etiologia das lesões não cariosas são:

- a) Erosão dentária: “[...] perda química de substância dentária mineralizada [tendo como causa a] exposição a ácidos não derivados de bactérias orais”.
- b) Atrição dentária: perda de substância mineralizada do dente tendo como causa o contato dente-a-dente.
- c) Abrasão dentária: “[...] perda física da substância mineralizada do dente causada por outros objetos que não os dentes”.

“Observação: o termo Abfração não é utilizado. O nível de evidência disponível atualmente é muito fraco para justificá-lo como um processo separado”. (ROCHA; SILVA; LUND, 2021, p. 318).

Sinais e Sintomas: Para o desgaste erosivo dos dentes inicialmente há uma pequena perda na textura da superfície, no moderado a perda envolve menos de 50% da superfície e no severo envolve mais que 50%, podendo envolver exposição de dentina e, portanto, sensibilidade dentinária. O desgaste erosivo pode ainda, ser localizados (restrito a alguns dentes) ou generalizados. A necessidade de restauração é indicada quando a profundidade da lesão é superior a 1mm (ROCHA; SILVA; LUND, 2021 p. 320-321).

Complicações: Encontrar a verdadeira etiologia da lesão atrelado a um diagnóstico adequado é imprescindível. Em alguns casos pode envolver hábitos, histórico familiar, alimentação inadequada, oclusopatias e psicopatologias como a bulimia. Portanto é

necessário que a anamnese seja realizada de forma minuciosa a fim de encontrar sinais e sintomas que justifiquem a lesão. Em alguns casos apenas a restauração não será suficiente, tendo que tratar diretamente o fator etiológico.

Diagnóstico: A erosão pode ser diagnosticada na história do paciente (anamnese), avaliação dos fatores de risco e exame oral. Deve-se observar o desgaste fisiológico dos dentes pois é esperado algum grau de desgaste durante a vida, o que pode variar de pessoa para pessoa. No entanto, se o desgaste está acima do esperado para a idade, por exemplo, e esse fator afeta o bem-estar do paciente, este pode ser considerado patológico. Encontrar a etiologia da lesão, nesses casos, é fundamental para o sucesso do tratamento, portanto uma anamnese detalhada pode ser determinante (ROCHA; SILVA; LUND, 2021).

Protocolo recomendado: De acordo com Rocha; Silva; Lund (2021, p 322), adaptado para atendimento na saúde bucal básica: Após diagnóstico, deve-se realizar profilaxia com pedra-pomes e água/clorexidina ou pasta profilática sem óleo com escova de Robinson em baixa rotação. Seleção do material restaurador que pode ser a) resina composta ou b) CIV.

- a) Resina composta: Isolamento relativo e escolha da cor da resina. Condicionamento ácido, aplicação do sistema adesivo e Inserção e polimerização dos incrementos de resina e fotopolimerização. Remoção de excessos com pontas diamantadas F e FF. Acabamento e polimento.
- b) CIV: isolamento relativo. Secagem da cavidade como bolinha de algodão estéril. Condicionamento ácido com ácido poliacrílico a 10% por 15 a 20 segundos; lavagem e secagem com bolinha de algodão estéril; Inserir o CIV (manipulação de acordo com o fabricante) na lesão com espátula número 1 ou de resina; após a polimerização remover os excessos; após a perda do brilho do CIV, pode-se fazer proteção com verniz (fornecido pelo fabricante) ou utilizar ainda vaselina ou esmalte; orientações ao paciente para não se alimentar por uma hora além de alimentação pastosa por 24 horas.

Em alguns casos iniciais de abrasão por instrumentos mecânicos (ex: escova muito dura, palito de madeira) apenas orientações sobre melhor conduta podem ser suficientes.

Materiais necessários:

Quadro 1 – Materiais

Instrumental	Material de consumo
Pinça clínica	Fio dental
Sonda exploradora	Sistema adesivo
Espelho clínico	Rolos de algodão
Escova de Robinson	Fio retrator gengival
Canetas de alta e baixa rotação	Resina composta (cores diversas) ou CIV
Pote dappen	
Pontas diamantadas para acabamento	

Fonte: O autor. Adaptado de Rocha; Silva; Lund (2021 p. 319)

Prognóstico: O prognóstico para lesões não cariosas costumar ser bom, desde que tenha sido tratado, além do(s) dente(s), o fator etiológico.

Figura 1 - Lesão não cariosa característico de erosão



Fonte: (GENEVA DENTAL CLINIC - CC BY *apud* MORGAN; REYNOLDS, 2016)

Figura 2 – Abrasão – Notar a exposição dentinária e radicular



Fonte: (ABAD *et al.*, 2014, p. 97)

**Figura 3 - Abfração com um certo grau de abrasão - Presença de má-oclusão.
Contatos prematuros dos pré molares superiores com os inferiores.**



Fonte: (ABAD *et al.*, 2014, p. 97)

Figura 4 - Atrição e Erosão - Presença de ilhotas de amálgama. Perda do brilho do esmalte na região oclusal e incisal



Fonte: (ABAD *et al.*, 2014, p. 97)

Figura 5 - Abrasão por bebida carbonada e atrição por bruxismo - Desgaste provocado por consumo excessivo de refrigerante à base de cola. Paciente com bruxismo



Fonte: (ABAD *et al.*, 2014, p. 97)

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D82	Cáries; abscessos; gengivite; maloclusão; Perturbação da articulação temporomandibular; angina de vincent.
03.01.06.003-7	Atendimento de urgência em atenção básica

CID utilizado:

K031	Abrasão dentária
K032	Erosão dentária
K030	Atrito dentário excessivo (bruxismo)

Procedimento do Local/Dente realizado:

0307010031	Restauração de dente permanente anterior
0307010040	Restauração de dente permanente posterior
0307020029	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico

Referências

ABAD, Ernani *et al.* Not carious lesions: the challenge of the multidisciplinary diagnosis. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 16, n. 01, p. 096-102, 12 fev. 2014. ISSN 1809-4856. DOI: <http://dx.doi.org/10.7162/s1809-48722011000100014>.

MORGAN, Mike; REYNOLDS, Eric. Health Check: is chewing gum actually good for your teeth?. **The Conversation**, Melbourne, Austrália, 10 jan. 2016. Disponível em: <https://theconversation.com/health-check-is-chewing-gum-actually-good-for-your-teeth-51555>. Acesso em: 20 set. 2021.

ROCHA, Analice da Cunha; SILVA, Adriana Fernandes da; LUND, Rafael Guerra. Lesões Não Cariotas. *In*: LUND, Rafael Guerra *et al* (org.). **Protocolos clínicos em odontologia restauradora: o passo a passo para o clínico**. Nova Xavantina, MT: Pantanal Editora, 2021. p. 317-323. ISBN 978-65-88319-42-0. DOI: <https://doi.org/10.46420/9786588319420>.



CAPÍTULO 11

URGÊNCIAS PROTÉTICAS E ORTODÔNTICAS

Allyne Wanderley Lima

Jessica Guimarães Dias

Mauro de Souza Pantoja

Roberto Reijiro Yamashita



AJUSTE, REPARO, (RE)CIMENTAÇÃO OU FIXAÇÃO DE PEÇAS PROTÉTICAS

Segundo o Ministério da Saúde trabalhos protéticos na atenção básica envolvem:

Atenção Básica: De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, deverão ser realizados todos os procedimentos clínicos básicos e, após, realiza-se na Atenção Básica a reabilitação por próteses totais e/ou parciais removíveis superiores, inferiores ou ambas.

Em municípios cuja Atenção Básica não provê reabilitação protética, os usuários deverão ser encaminhados à Atenção Especializada Ambulatorial, com as necessidades básicas de dentística, cirurgia ou periodontia sanadas. (BRASIL, 2018, p. 148).

Na maioria dos municípios, a atenção básica não realiza reabilitação protética pois alguns municípios contam com a atenção especializada (CEO) que atende a especialidade em questão. Porém, orientações, reparo/polimento, ajuste oclusal e (re)cimentação de próteses pode e devem ser realizados na atenção básica. Além disso, se ainda houver a necessidade de encaminhamento para o CEO, o paciente deve estar com as necessidades básicas de dentística ou cirurgias sanadas.

Orientações: Orientar os usuários de próteses a respeito sobre a higiene dessas é fundamental. Além disso, problemas na funcionalidade, no conforto e até mesmo na estética podem causar lesões a nível tecidual. Qualquer alteração na cor e/ou textura na mucosa deve-se buscar ajuda profissional. Nesses casos o histórico da lesão é de fundamental importância pois a não regressão espontânea da lesão pode indicar problemas mais graves (lesões com mais de 3 semanas devem ser referenciadas para o ministério da

saúde). Portanto, o odontólogo deve estar apto a orientar os pacientes portadores de próteses dentárias tanto no que diz respeito a higiene como o auto-exame (BRASIL, 2018).

- a) Higiene: para próteses acrílicas a orientação consiste na imersão em solução de hipoclorito de sódio à 1% durante 10 minutos. Já próteses com partes metálicas a orientação é para imersão em solução de clorexidina a 0,2% durante 10 minutos (BRASIL, 2018).
- b) Auto-exame: O auto-exame deve ser periódico e sua importância deve ser ressaltada para motivar o paciente a perceber quaisquer alterações de cor e/ou textura na mucosa. Caso seja detectado, deve-se buscar atenção profissional imediatamente (BRASIL, 2018).

Além disso, revisões periódicas preventivas são de suma importância para garantir a segurança do paciente pois dentes fraturados (seja na prótese ou não), bordas cortantes, entre outros problemas de ajuste, podem causar lesões nos tecidos moles do paciente.

Reparo/polimento: Em próteses de acrílico o reparo e polimento podem ser realizados com auxílios de taças de borracha, feltro e discos de polimento com pedra pomes em baixa rotação. Já para peças que possuem metal (ex.: Protese Parcial Removível – PPR) reparos podem ser realizados em alta rotação. Para coroas unitárias com presença de núcleos, em casos de desfixação, tanto da coroa como do núcleo, estes podem ser cimentados novamente com os materiais disponíveis (ex: cimento de hidróxido de cálcio, cimento de ionômero de vidro e cimento e óxido de zinco e eugenol). Em casos em que não seja possível a cimentação definitiva no momento, o mesmo deve ser encaminhado ao CEO (com todas as suas necessidades básicas odontológicas sanadas). Reparos que envolvam próteses fixas, pânticos e/ou infiltrações, onde ainda não ocorreu a desfixação completa da prótese, o profissional da unidade básica deve realizar a consulta para sanar dor, desconforto ou outro, e após, encaminhar devidamente ao CEO.

Ajuste oclusal: Pode e deve ser realizado em qualquer tipo de prótese. O ajuste é realizado com carbono e brocas de alta rotação (em casos de materiais mais resistente) e

baixa rotação (para materiais menos resistentes, ex.: acrílico). Após o ajuste deve-se realizar o polimento.

(Re)cimentação: A (re)cimentação pode ser realizada de maneira definitiva ou provisória, isso dependerá da situação em que se encontra o elemento dentário em questão. Se houver possibilidade de cimentação definitiva, sem riscos para o paciente, a mesma deve ser realizada. Se houver algo que impossibilite a fixação de maneira definitiva, a mesma deve ser feita de maneira provisória e o paciente deve ser encaminhado ao CEO (com as necessidades básicas odontológicas sanadas) para que o procedimento seja realizado. O protocolo de cimentação deve seguir as orientações do fabricante do material de escolha.

Materiais necessários e disponíveis:

Quadro 1 - Materiais necessários

Instrumental	Material de consumo
Pinça clínica	Fio dental
Sonda exploradora	Cimento de Hidróxido de cálcio
Espelho clínico	Rolos de algodão
Escova de Robinson	Cimento de Oxido de Zinco e eugenol
Canetas de alta e baixa rotação	CIV – Cimento de Ionômero de Vidro
Pote dappen	
Pontas diamantadas para acabamento ou desgastes necessários	
Espátulas 24 ou de inserção	

Fonte: O autor

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D19	Inclui problemas com a dentadura, inflamação ou sangramento gengival, dentição, dor de dentes
-----	---

Procedimento do Local/Dente realizado:

0307040089	Reembasamento e conserto de prótese dentária
0307040143	Adaptação de prótese dentária
0307040151	Ajuste oclusal

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 350 p. ISBN 978-85-334-2629-0. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

AJUSTE, TROCA OU REMOÇÃO DO ARCO OU DISPOSITIVO ORTODÔNTICO QUE ESTIVER LESIONANDO A MUCOSA BUCAL

Em geral as lesões em pacientes que usam aparelho fixo são causadas pelo fio ortodôntico. Primeiramente, deve-se identificar a causa, sendo o fio observe se este se deslocou para um lado causando o excesso de fio ou se o excesso foi por consequência da própria movimentação ortodôntica. Em casos de deslocamento do fio, deve-se apenas ajustá-lo puxando com o auxílio de uma mathieu ou porta agulha para o lado oposto. Em caso de excesso causado pela movimentação e, partindo do pressuposto que não há alicates ortodônticos como o de corte distal nas unidades básicas de saúde, deve-se desgastar o fio com brocas cilíndricas diamantadas (ex. broca nº 3216).

Se por algum motivo o fio precisar ser removido, as ligaduras elásticas que sustentam o fio podem ser removidas com auxílio de uma sonda exploradora e o paciente deve ser orientado a procurar o ortodontista responsável imediatamente.

Em casos onde o Cirurgião-dentista clínico geral não conseguir resolver, o paciente pode ser encaminhado para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) onde será

atendido, em caráter de urgência, pelo Cirurgião-Dentista especialista em Ortodontia/Ortopedia na unidade de média complexidade.

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D80	Traumatismos de dentes e língua
D83	Úlcera aftosa; quilose; glossite; mucocele; parotite; cálculo salivar; estomatite; aftas.

Procedimento do Local/Dente realizado:

0307040127	Manutenção/Conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico
------------	--



CAPÍTULO 12

TRAUMAS DENTÁRIOS

Allyne Wanderley Lima

Danillo Cruz Mousinbo

Mauro de Souza Pantoja

Thiago Brito Xavier



TRAUMAS DENTÁRIOS

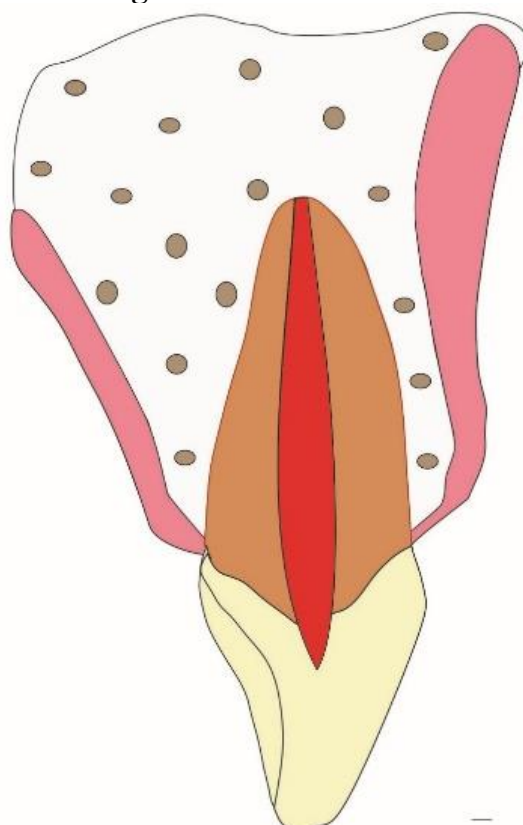
Neste tópico abordaremos os traumas dentários de forma que o cirurgião-dentista da atenção básica de saúde, realize o protocolo de urgência com segurança e eficácia.

Definição: A nomenclatura “Trauma Dentário” é usada na odontologia para descrever sequelas causadas por um impacto sobre o tecido dental, que podem acarretar em trincas dentárias, fratura em esmalte, fratura em esmalte e dentina sem exposição pulpar, fratura em esmalte e dentina com exposição pulpar, fratura corono-radicular sem exposição pulpar, fratura corono-radicular com exposição pulpar e fratura radicular.

Etiologia: As principais causas dos traumas dentários são bruxismo, restaurações extensas e antigas de amalgama, queda da própria altura, acidentes ciclísticos, agressões e práticas esportivas. Valendo ressaltar, que existem alguns fatores predisponentes para traumas dentários, como overjet incisal aumentado e cobertura labial inadequada.

Trinca dentária: É caracterizada por fratura incompleta na face do esmalte do dente, não apresenta perda da estrutura dentária. Clinicamente, observa-se que sinais de rachaduras na superfície do esmalte, não apresenta sintomatologia dolorosa ou sensibilidade. Caso apresente resposta positiva a percussão avaliar quanto a possibilidade de fratura radicular. Nos casos de trincas visíveis a primeira opção é realizar aplicação do sistema adesivo e restauração (selamento) com resina composta, prevenindo um agravamento do quadro; também, pode-se considerar a possibilidade de não realizar nenhum tipo de tratamento.

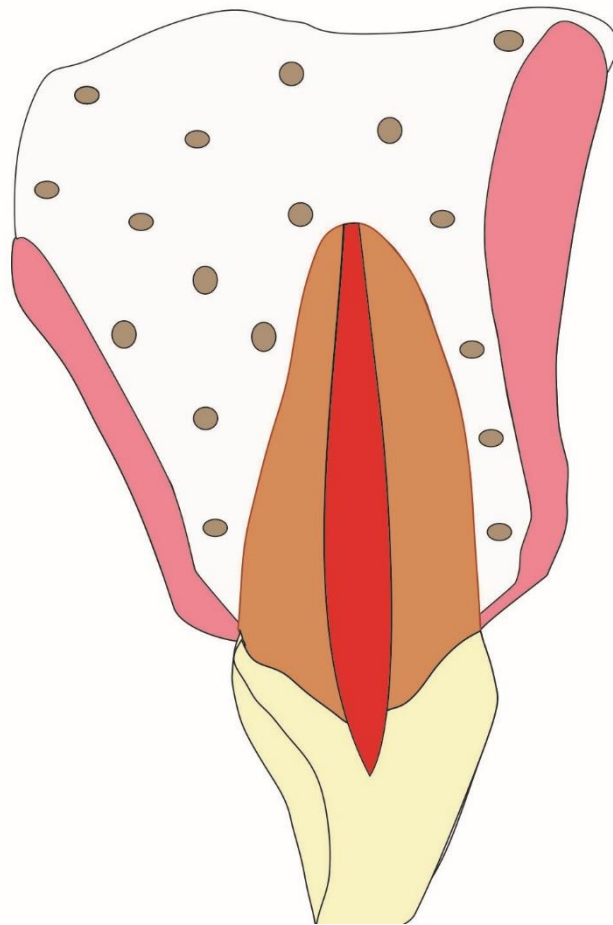
Figura 1 - Trinca dentária



Fonte: Os autores

Fratura de esmalte: Caracteriza-se por fratura completa do esmalte com perda de estrutura e sem exposição de dentina. Não apresenta sintomatologia dolorosa ou sensibilidade, em casos de sensibilidade a percussão avaliar quanto a possível fratura radicular. O tratamento recomendado é colagem do fragmento dentário, caso o fragmento não esteja presente orienta-se restauração com resina composta.

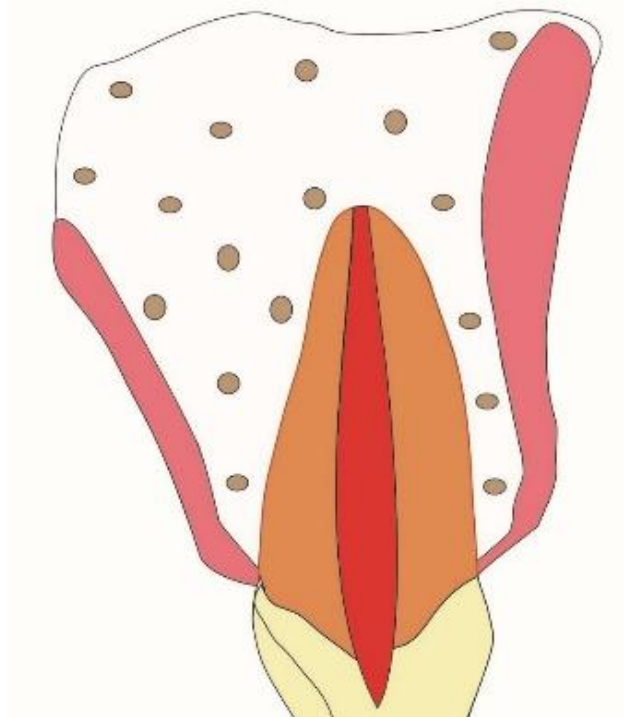
Figura 2 - Fratura de esmalte



Fonte: Os autores

Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar: envolve perda de estrutura dentária e acomete apenas esmalte e dentina. Na grande maioria dos casos o paciente se apresenta assintomático, podendo as vezes apresentar leve sensibilidade que é reestabelecida logo após restauração. Caso a sensibilidade permaneça, recomenda-se avaliar quanto a possibilidade de fratura radicular. O tratamento recomendado é a colagem do fragmento dentário, caso o fragmento não esteja presente orienta-se restaurar com resina composta.

Figura 3 - Fratura de esmalte e dentina sem exposição pulpar



Fonte: Os autores

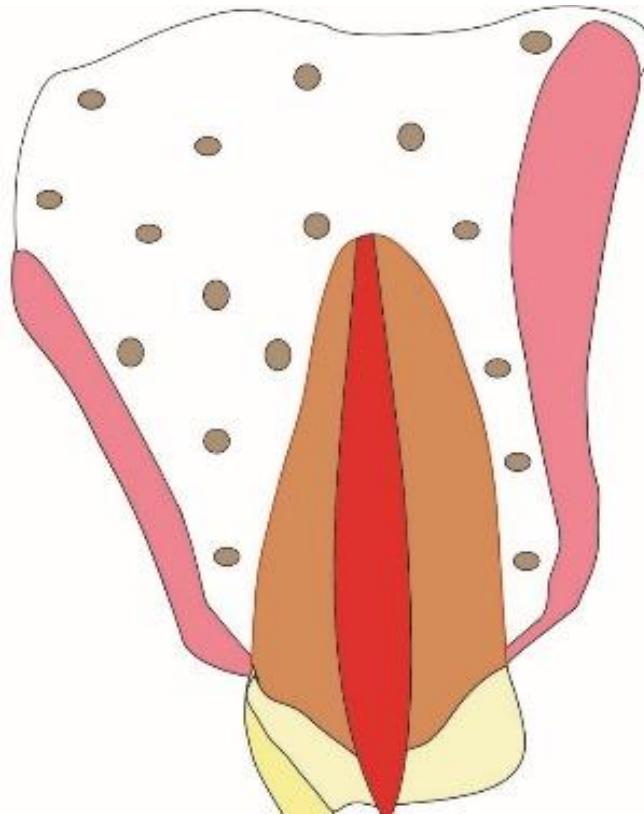
Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar: apresenta perda de estrutura que envolve esmalte, dentina e tecido pulpar dentário. Pode apresentar leve sangramento na região, ausência de dor a percussão, polpa exposta e sensível a estímulos.

O tratamento recomendado irá depender da maturidade radicular do paciente, podemos levar em consideração os seguintes quadros clínicos:

- ✓ Rizogênese incompleta: O tratamento de escolha é o capeamento pulpar direto e preservação.
- ✓ Rizogênese completa: A primeira opção de tratamento é a pulpectomia, valendo ressaltar que o capeamento pulpar direto pode ser uma opção com prognóstico bastante duvidoso.

Para reestabelecer a estrutura fraturada, caso fragmento dentário esteja presente o profissional pode tentar reposicioná-lo ao dente ou realizar uma restauração com resina composta.

Figura 4 - Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar



Fonte: Os autores

Fratura corono-radicular sem exposição pulpar: Possui perda de estrutura do dente que acomete esmalte, dentina e cemento radicular. Clinicamente, sinais de fratura coronária que se estende abaixo das margens da gengiva, apresenta dor ou sensibilidade a percussão e mobilidade do fragmento coronário fraturado.

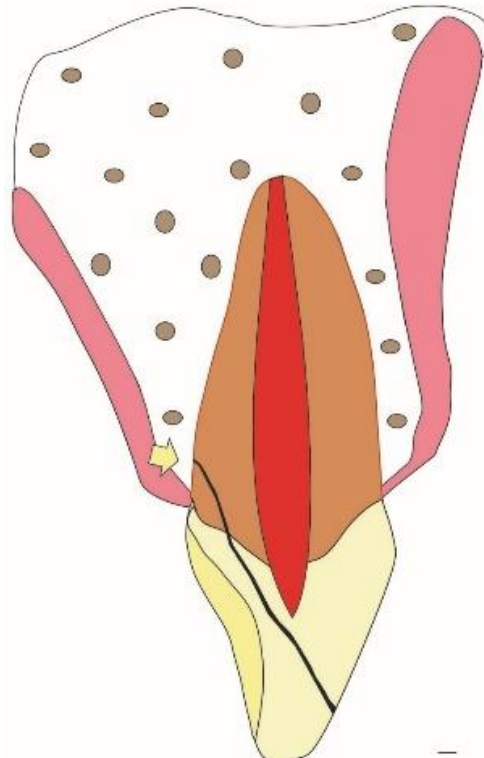
Caso paciente esteja assintomático, pode ser feita estabilização temporária do fragmento até que se estabeleça um plano de tratamento.

A intervenção clínica irá depender da severidade e extensão da fratura, podemos levar em consideração as seguintes alternativas:

- ✓ Remoção do fragmento, gengivectomia seguida ou não de osteotomia e posteriormente restauração em resina composta;
- ✓ Remoção do fragmento, tratamento endodôntico, instalação de pino e confecção de coroa;
- ✓ Remoção do fragmento fraturado, tratamento endodôntico, extrusão ortodôntica da parte apical de forma a suportar reabilitação com pino e coroa;

- ✓ Severa destruição ao longo eixo do dente a exodontia é inevitável, orienta-se extração e posteriormente reabilitação;

Figura 5 - Fratura corono-radicular sem exposição pulpar



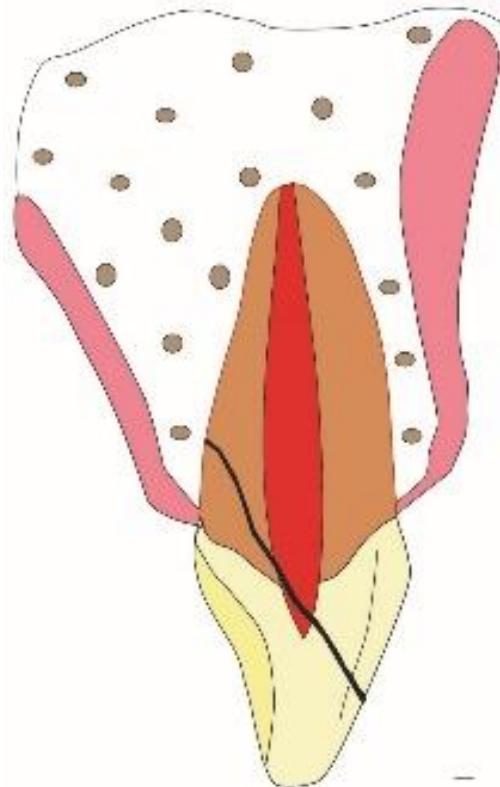
Fonte: Os autores

Fratura corono-radicular com exposição pulpar: Contém perda de estrutura do dente que envolve esmalte, dentina, cemento e polpa. Apresenta dor ou sensibilidade a percussão e mobilidade do fragmento coronário.

A intervenção clínica irá depender da severidade e extensão da fratura, caso apresente fratura pouca extensa, podemos sugerir algumas possibilidades de tratamento, como:

- ✓ Retirada do fragmento fraturado, gengivectomia seguida ou não de osteotomia, tratamento endodôntico e reabilitação com pino e coroa, com ou sem tracionamento ortodôntico do remanescente radicular;
- ✓ Nos casos de severa destruição ao longo eixo do dente a exodontia é inevitável, orienta-se extração e posteriormente reabilitação;

Figura 6 - Fratura corono-radicular com exposição pulpar



Fonte: Os autores

Fratura radicular: É uma fratura que pode se apresentar de forma horizontal ou oblíqua ao longo eixo do dente. Apresenta dor ou sensibilidade a percussão, leve sangramento no sulco gengival, mobilidade ou deslocamento do fragmento coronário, em alguns casos pode haver alteração de cor na região coronária (avermelhada ou acizentada) e quando se apresentam de forma horizontal podem ser comumente identificadas pelo exame radiográfico periapical.

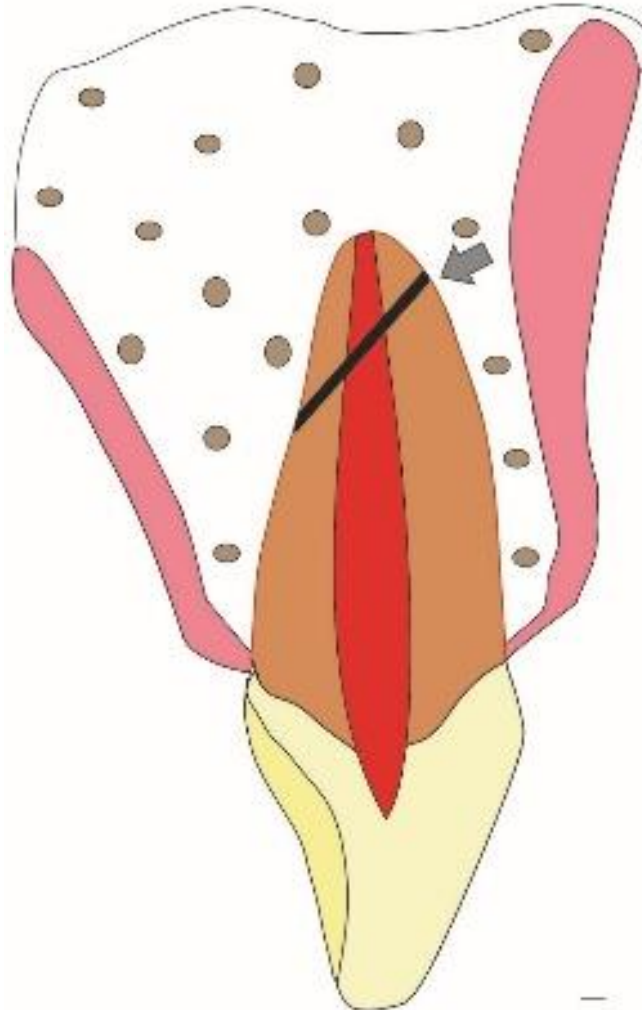
Teste de sensibilidade pode se apresentar de forma negativa, indicando dano transitório ou permanente do feixe vasculo nervoso. Podemos levar em consideração algumas possibilidades de tratamento;

Em casos de deslocamento da região coronária, orienta-se reposicionar o fragmento e checar a posição por meio de uma radiografia, após confirmação da posição realizar estabilização do elemento com contenção flexível por 4 semanas.

Caso a fratura for próxima da região cervical, a contenção pode ser mantida por até 4 meses.

A vitalidade da polpa deve ser monitorada por no mínimo 1 ano. Caso ocorra necrose pulpar, realizar tratamento endodôntico.

Figura 7 - Fratura radicular



Fonte: Os autores

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D82	cáries; abscessos; gengivite; maloclusão; Perturbação da articulação temporomandibular; angina de vincent.
03.01.06.003-7	Atendimento de urgência em atenção básica

CID utilizado:

S2.05	Fratura de dentes.
-------	--------------------

Procedimento do Local/Arcada:

0404020445	Contenção de dentes por splintagem.
------------	-------------------------------------

Procedimento do Local/Dente realizado:

03.07.01.001-5	Capeamento pulpar
03.07.01.002-3	Restauração de dente decíduo
03.07.01.003-1	Restauração de dente permanente anterior
03.07.01.004-0	Restauração de dente permanente posterior
03.07.01.006-6	Tratamento inicial do dente traumatizado
03.07.01.010-4	Restauração de dente decíduo posterior com ionômero de vidro

Referências

DIANGELIS, Anthony J. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 2-12, 9 jan. 2012. ISSN:1600-9657. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-9657.2011.01103.x>.

TRAEBERT, Jefferson et al. Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 403-410, abr. 2004. ISSN: 1678-4464. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000200007>.



CAPÍTULO 13

INFECÇÕES FÚNGICAS E BACTERIANAS

Allyne Wanderley Lima
Douglas da Silva Rodrigues
Anderson Bentes de Lima



INFECÇÕES FÚNGICAS E BACTERIANAS:

Candidíase Oral

Definição: A candidíase oral é uma infecção comum causada pelo fungo do gênero *Candida*. Ocorre principalmente em indivíduos com idade mais avançada, porém, pode aparecer em outras faixas etárias e indicar doenças sistêmicas, como a diabetes mellitus ou ainda indicar imunossupressão. A maioria dos casos podem ser evitados a partir de bons hábitos de higiene bucal (AKPAN; MORGAN, 2002).

Etiologia: O agente causador da candidíase oral é o fungo *Candida*, principalmente a espécie *Candida albicans*. Outras espécies também podem atuar como o *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. pseudotropicalis*, *C. guillierimondii*, *C. krusei*, *C. lusitaniae*, *C. parapsilosis* and *C. stellatoidea*. O *C. albicans*, o *C. glabrata* e o *C. tropicalis* são os principais, representando mais de 80% dos casos (AKPAN; MORGAN, 2002).

Sinais e Sintomas: A apresentação clínica pode ser de duas maneiras: esbranquiçada ou eritematosa. A candidíase branca está presente na candidose pseudomembranosa e na candidose hiperplástica, já a candidíase eritematosa representa os casos de candidose atrópica, candidose atrópica crônica, glossite romboide mediana, queilite angular e eritema gengival linear. Cerca de 1/3 ou mais dos casos de candidíase oral se manifesta como candidose pseudomembranosa, em que há a presença de placas brancas na língua, na mucosa bucal, no palato duro, no palato mole e na faringe oral. Os pacientes normalmente são assintomáticos, porém quando há sintomas, eles se apresentam como: sensação de

queimação na boca, mudança na percepção do sabor, sensação de gosto amargo e/ou tendência a sangramento nos locais afetados (VAN DER PLAS, 2016).

Figura 1 - Candidíase hiperplástica crônica



Fonte: (AKPAN; MORGAN, 2002, p. 456).

Figura 2 - Candidíase pseudomembranosa aguda



Fonte: (VIEIRA *et al.* 2012, p. 170).

Candidíase Pseudomembranosa aguda: observa-se placas brancas em fundo de sulco vestibular, palato duro, palato mole e orofaringe.

Figura 3 - Queilite angular



Fonte: (AKPAN; MORGAN, 2002, p. 456).

Queilite angular. Alterações eritematosas e fissuradas da pele e da comissura labial. (Livro Patologia Oral e Maxilofacial 3ª edição (2009), cap. 6, p. 217).

Complicações: As complicações da candidíase oral ocorrem principalmente em pacientes imunocomprometidos e pode se manifestar como candidíase orofaríngea, gerando um quadro de esofagite por *Candida* e até mesmo de candidíase laríngea, onde a suspeita aumenta quando há presença de rouquidão (KAUFFMAN, [2021]).

Diagnóstico: O diagnóstico é, normalmente, feito a partir da história clínica e do exame físico. Outros métodos empregados são a biópsia, o esfregaço e as amostras de enxague oral e de saliva. Para a candidose pseudomembranosa, pode-se fazer esfregaço ou biópsia. A candidíase branca tem como diagnóstico diferencial o líquen plano, a queimadura química, o trauma, as lesões bolhosas e lesões derivadas da deficiência de zinco (MILLSOP; FAZEL, 2016).

Protocolo Recomendado para Tratamento: O tratamento mais indicado para a candidíase oral é a Nistatina em uso tópico na dosagem de 1 a 6 ml (100.000 a 600.000 U.I.) quatro vezes ao dia. Outro medicamento que pode ser utilizado é a Anfotericina B,

tanto para candidíase primária, como para secundária na dose de 1 a 5 mg/kg/dia (DA ROSA *et al.*, 2021).

Prognóstico: Com o tratamento apropriado, o prognóstico geralmente é bom. Os casos de recidiva, quando ocorrem, estão mais relacionados à má adesão ao tratamento e aos maus hábitos de higiene, como a falha em limpar dentaduras, quando é o caso de se fazer uso desses objetos (AKPAN; MORGAN, 2002).

Gengivostomatite Herpética

Definição: A gengivostomatite herpética é uma das manifestações clínicas mais comuns ocasionadas pelo Herpes Simplex Vírus (HSV), com maior incidência em crianças menores de 10 anos, principalmente na faixa etária de 1 a 3 anos. Essa condição pode ser assintomática ou estar associada com sintomas respiratórios do trato respiratório superior (AMIR, 2001).

Etiologia: A doença é causada pelo Herpes Simplex Vírus (HSV), um vírus de fita dupla que pertence à família dos herpes vírus. Entre os 8 tipos de vírus Herpes, o tipo 1 é o mais associado a esse tipo de infecção oral (MOHAN *et al.*, 2013).

Sinais e Sintomas: Ocorre presença de febre acima de 38°C, com duração de até 8 dias, lesões orais dolorosas, na boca, na gengiva e na língua que iniciam como vesículas e depois se transformam em úlceras e podem ter duração de 1 a quase 3 semanas. Ocorrem também lesões de pele, extraorais e dificuldades de se alimentar ou ingerir líquidos (AMIR, 2001; KEELS; CLEMENTS, 2021).

Figura 4 - Gengivo estomatite herpética com múltiplas vesículas



Fonte: (LAWALL *et al.* 2005, p. 193)

- a: Edema e eritema das papilas interdetais no palatono exame inicial.
- b: Papilas vestibulares apresentando vesículas e sangramento espontâneo no exame inicial.
- c: Grande área de ulceração em palato após 48 h.
- d: Aspecto de normalidade após 15 dias.

Complicações: As complicações mais comuns relacionadas com a gengivoestomatite herpética são a desidratação, que pode se agravar e necessitar de atendimento hospitalar, a ceratite herpética de autoinoculação, o eczema herpético, em crianças que já possuem algum quadro de dermatite atópica, aderências labiais, bacteremia secundária com bactérias que afetam o trato respiratório superior, encefalite por HSV, esofagite, epiglotite e pneumonite (KEELS; CLEMENTS, [2021]).

Diagnóstico: O diagnóstico é feito de forma clínica de acordo com a aparência e localização das lesões tanto na cavidade oral, como extraoral. Pode-se também fazer exame de cultura viral para confirmar o diagnóstico, além de testes de imunofluorescência e reação em cadeia da polimerase. Em pacientes com lesão ativa, o esfregaço de Tzanck é uma alternativa para diagnóstico (KEELS; CLEMENTS, [2021]).

Protocolo Recomendado para Tratamento: O tratamento consiste em manter boa ingestão de líquidos para evitar desidratação, controlar a dor através de paracetamol na dose de 75mg/kg/dia, não excedendo as 4.000mg/dia ou ibuprofeno na dose de 10mg/kg/dia, não excedendo a concentração de 400mg por dose ou de 2400mg por dia. É recomendado utilizar creme de vaselina para evitar aderências nos lábios e clorexidina para a higiene bucal, quando a escovação for dolorosa. Em caso de crianças imunocomprometidas ou em casos de estarem manifestando os sintomas por mais de 4 dias, sem conseguir comer ou beber adequadamente, indica-se a hospitalização e o tratamento antiviral com aciclovir IV na dosagem de 30mg/kg/dia dividida em 3 doses por 10 a 14 dias e, após esse tempo, fazer aciclovir oral 1000mg por dia, dividido de 3 a 5 doses por 10 a 14 dias (KEELS; CLEMENTS, [2021]; NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Prognóstico: O prognóstico é geralmente bom, podendo haver eliminação viral em até 7 dias (KEELS; CLEMENTS, [2021]).

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D83	Doença da boca/língua/lábios - inclui: úlcera aftosa; quilose; glossite; mucocela; Parotite; cálculo salivar; estomatite; aftas.
-----	--

CID utilizado:

B00. 2	Gengivoestomatite herpética.
--------	------------------------------

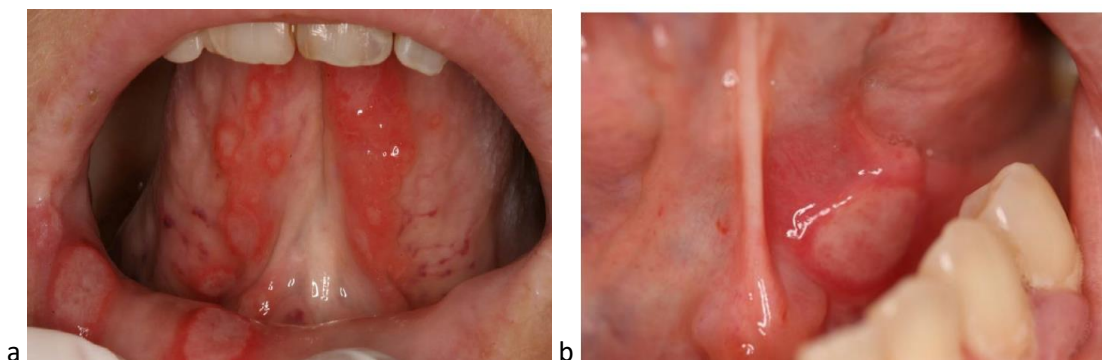
Úlceras Aftosas Recorrentes

Definição: A ulceração aftosa recorrente ou estomatite aftosa recorrente são lesões ulcerosas, normalmente benignas, muito comuns na cavidade oral, caracterizadas por aparecimento repetido de úlceras que duram de 1 a 2 semanas (BRICE, [2021]; QUEIROZ *et al.*, 2018).

Etiologia: A etiologia das ulcerações aftosas recorrentes ainda não está bem clara, o que pode, em alguns casos, dificultar o controle e o tratamento (QUEIROZ *et al.*, 2018).

Sinais e Sintomas: Há presença de úlceras discretas, geralmente de formato arredondado ou ovalado com bases eritematosas e o centro composto por exsudato de coloração amarelada. Pode aparecer em média de 1 a 5 úlceras, normalmente com menos de 1cm de diâmetro a não ser em casos mais complexos, em que o diâmetro pode ultrapassar 1cm. A duração da manifestação clínica é geralmente entre 10 e 14 dias (BRICE, 2021).

Figura 5 - Ulcerações aftosas em lábios



Fonte: (LIMA; ARAÚJO, 2019, p. 6-7)

a: Ulcerações aftosas recorrentes em língua e mucosa labial.

b: Ulceração aftosa recorrente em soalho bucal.

Complicações: Normalmente não há complicações nessa condição clínica, o que pode haver são exacerbações através de trauma, como morder o local da lesão, mas após alguns dias há regressão das úlceras. Em caso de associação com febre, mal-estar ou outros sintomas sistêmicos, deve-se pensar em outras síndromes, como uma doença auto inflamatória (BRICE, 2021).

Diagnóstico: O diagnóstico é feito de forma clínica através da anamnese e do exame físico e se baseia na história do paciente, o qual, normalmente, já passou por outros quadros ulcerosos. Pode ser realizada uma biópsia em quadros mais graves e complexos. Nenhum exame laboratorial é indicado (BRICE, 2021).

Protocolo Recomendado para Tratamento: Não existe tratamento específico para esse tipo de condição, o que se deve fazer é manter a higiene bucal, podendo usar clorexidina, e tratar a dor com analgésicos. Pode ser feito corticoide, como o elixir de dexametasona 0,5% por via tópica de 4 a 5 vezes por dia ou clobetasol pomada 0,05% de 2 a 3 vezes por dia (BRICE, 2021).

Prognóstico: O prognóstico é excelente, pois, apesar de causar desconforto, a doença é bem tolerada. Em poucos pacientes há prejuízo na qualidade de vida (BRICE, 2021).

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D83	Doença da boca/língua/lábios - inclui: úlcera aftosa; quilose; glossite; mucocele; Parotite; cálculo salivar; estomatite; aftas.
-----	--

CID utilizado:

K12.0	Aftas bucais recidivantes.
-------	----------------------------

Herpes Simples Recorrente

Definição: O herpes simples recorrente é uma condição causada pelo Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1), muito comum em adultos. Normalmente é assintomático, mas pode se manifestar como lesões orais. A transmissão do vírus é feita através do contato com as lesões. Estima-se que entre 20 a 40% dos pacientes tenham infecções recorrentes. Em neonatos, apesar de ser raro, pode ser causa de hospitalização (DEMMLER-HARRISON, [2021]).

Etiologia: O herpes simples recorrente é causado pelo vírus Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1), da família dos herpes vírus (JOHNSTON; WALD, [2020]).

Sinais e Sintomas: Muitos pacientes que possuem o vírus são assintomáticos, porém, quando se manifesta na cavidade oral, pode provocar gengivostomatite, mais

comum em crianças, ou faringite, mais comum em adultos. As lesões são vesículas dolorosas que podem estar associadas a linfadenopatia e sintomas sistêmicos, como a febre (JOHNSTON; WALD, [2020]).

Figura 6 - Lesão por Herpes Simplex tipo 1 em criança



Fonte: (VISUALDX, 2019 *apud* JOHNSTON; WALD, [2020]).

Complicações: Em pacientes imunocomprometidos, pode haver manifestação neurológica, como a encefalite, a paralisia de Bell e a meningite asséptica. Além disso, pode aparecer o quadro de hepatite ou de infecções do trato respiratório (JOHNSTON; WALD, 2020).

Diagnóstico: O diagnóstico é realizado de forma clínica, mas pode ser confirmado por teste de PCR, imunofluorescência e sorologia IgM e IgG (LODI, 2019).

Protocolo Recomendado para Tratamento: O tratamento é feito com aciclovir na posologia para adolescentes e adultos de 400mg por dia dividida em 3 vezes, por via oral ou 200mg por dia, dividida em 5 vezes por via oral. Em crianças acima de 1 ano a posologia é 15mg/kg/dia com máxima de 200mg por dia dividida em 5 vezes. A dosagem para neonatos é de 60mg/kg/dia dividida em 3 vezes por via endovenosa (DEMMLER-HARRISON, [2021]; WALD; JOHNSTON, [2021]).

Prognóstico: O prognóstico depende da faixa etária e do tratamento adequado. Adultos e adolescentes com tratamento possuem bom prognóstico, já crianças, neonatos, pessoas imunocomprometidas e pacientes que não tratam podem evoluir para um prognóstico ruim (DEMMLER-HARRISON, [2021]; WALD; JOHNSTON, [2021]).

Lançamento do atendimento odontológico no PEC e-SUS:

Código CIAP utilizado:

D83	Doença da boca/língua/lábios - inclui: úlcera aftosa; quilose; glossite; mucocele; Parotite; cálculo salivar; estomatite; aftas.
-----	--

CID utilizado:

B00	Infecções pelo vírus do herpes (herpes simples)
-----	---

Referências

AKPAN, Asan; MORGAN, Richard. Oral candidiasis. **Postgraduate Medical Journal**, Londres, v. 78, n. 922, p. 455-459, 1 ago. 2002. ISSN 1469-0756. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.78.922.455>.

AMIR, Jacob. Clinical Aspects and Antiviral Therapy in Primary Herpetic Gingivostomatitis. **Paediatric Drugs**, United Kingdom, v. 3, n. 8, p. 593-597, 2001. ISSN 1174-5878. DOI: <http://dx.doi.org/10.2165/00128072-200103080-00004>.

BRICE, Sylvia. Recurrent aphthous stomatitis. **UpToDate**, p. 1–33, [2021]. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/112654>. Acesso em: 1 maio 2021.

DA ROSA, Carina *et al.* Candidíase bucal. **Revista FAIPE**, Cuiabá, MT, v. 11, n. 1, p. 155-163, jun. 2021. ISSN 2179-9660. Disponível em: <https://www.revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/239>. Acesso em: 11 jun. 2021.

DEMMLER-HARRISON, Gail. Neonatal herpes simplex virus infection: Management and prevention. **UpToDate**, p. 1–32, [2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/neonatal-herpes-simplex-virus-infection-management-and-prevention>. Acesso em: 15 maio 2021.

JOHNSTON, Christine; WALD, Anna. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes simplex virus type 1 infection. **UpToDate**, p. 1–41, [2020]. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-simplex-virus-type-1-infection>. Acesso em: 15 maio 2021.

KAUFFMAN, Carol A. Oropharyngeal candidiasis in adults. **UpToDate**, p. 1–18, [2021]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-candidiasis-in-adults?search=Candid%C3%ADase%20orofar%C3%ADngea%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 11 jun. 2021.

KEELS, Martha Ann; CLEMENTS, Dennis A. Herpetic gingivostomatitis in young children. **UpToDate**, p. 1–37, [2021]. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/herpetic-gingivostomatitis-in-young-children#:~:text=Gingivostomatitis%20is%20the%20most%20common,\(picture%20A%20DB\)](https://www.uptodate.com/contents/herpetic-gingivostomatitis-in-young-children#:~:text=Gingivostomatitis%20is%20the%20most%20common,(picture%20A%20DB)). Acesso em: 3 maio 2021.

LAWALL, Melaine de Almeida *et al.* Gengivoestomatite herpética primária em adulto: relato de caso clínico. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 20, n. 48, p. 191-194, abr./jun. 2005. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/view/1174>. Acesso em: 5 nov. 2022.

LIMA, Antonio Adilson Soares de; ARAUJO, Melissa Rodrigues de. **Terapêutica aplicada à Odontologia**: manejo farmacológico de lesões ulceradas bucais. Trabalho da disciplina de Terapêutica aplicada à Odontologia (Curso de Odontologia) - Universidade Federal do Paraná – UFPR, 25 set. 2019. 30 p. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/63399>. Acesso em: 15 out. 2022.

LODI, Giovanni. Oral lesions. . **UpToDate**, v. 9, abr. 2019. Disponível em: <https://www.medilib.ir/uptodate/show/5572>. Acesso em: 2 jan. 2022.

MILLSOP, Jillian W.; FAZEL, Nasim. Oral candidiasis. **Clinics In Dermatology**, Philadelphia, PA, v. 34, n. 4, p. 487-494, jul. 2016. ISSN 1879-1131. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.022>.

MOHAN, Ravi Prakash Sasankoti *et al.* Acute primary herpetic gingivostomatitis. **BMJ Case Reports**, [S.L.], v. 2013, n. 081, p. 1-11, 8 jul. 2013. ISSN 1757-790X. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-200074>.

NEVILLE, Brad W. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. Como tratar estomatite? Quais os tratamentos com bom nível de evidência?. **BVS APS**: traduzindo o conhecimento científico para a prática do cuidado à saúde. [S. l.], 10 fev. 2010. Saúde Bucal. Segunda Opinião Formativa. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/aps/resource/pt/sof-3797>. Acesso em: 1 maio 2021.

QUEIROZ, Salomão Israel Monteiro Lourenço *et al.* Recurrent aphthous ulceration: an epidemiological study of etiological factors, treatment and differential diagnosis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 3, p. 341-346, jun. 2018. ISSN 1806-4841. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20186228>.

VAN DER PLAS, Rosana. **Candidíase oral**: manifestações clínicas e tratamento. Orientador: Carlos Palmeira. 2016. 50 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Universidade Fernando

Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2016. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10284/5783>. Acesso em: 15 maio 2021.

VIEIRA, Tássia Tamara Pedroza *et al.* Candidose bucal em paciente HIV positivo: relato de caso. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 169-171, abr./jun., 2012. ISSN 1677-3888. Disponível em:
http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000200016. Acesso em: 11 nov. 2022.

WALD, Anna; JOHNSTON, Christine. Treatment and prevention of herpes simplex virus type 1 in immunocompetent adolescents and adults. **UpToDate**, p. 1–18, [2021].



CAPÍTULO 14

PROTOSCOLOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Allyne Wanderley Lima

Mauro de Souza Pantoja

Lêda Lima da Silva

Katia Simone Kietzer

Thiago Brito Xavier



PROCOLOS PRÉ-OPERATÓRIOS DE EXODONTIAS EM ODONTOLOGIA

Protocolo é um “conjunto de princípios e recomendações [que ajudam] a tomada de decisão apropriada por parte dos profissionais na atenção aos pacientes, em situações específicas” (ANDRADE, 2014, p. 100). “Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como [embasamento], estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 10). “Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica” (BRASIL, 2008, p. [2]).

Podem ser úteis à organização do método de trabalho e à construção do modelo de atenção:

- ✓ possibilitando reduzir a variação de práticas clínicas, oferecendo mais efetividade e eficiência aos pacientes;
- ✓ padronizando rotinas de trabalho, procedimentos clínicos e fluxos internos e externos em uma unidade de saúde;
- ✓ na utilização científica de procedimentos e ações, assim como na introdução de novos conhecimentos, métodos e insumos;
- ✓ na implementação de medidas que aumentem o acesso (acolhimento, visitas domiciliares, ações intersetoriais);
- ✓ estabelecendo de relações mais efetivas com os usuários;

- ✓ produzindo indicadores e estabelecendo metas, propiciando um processo mais eficaz de planejamento e avaliação (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Cirurgias de exodontias unitárias ou múltiplas e cirurgias de tecidos moles (ANDRADE; PASSERI, 2014, p. 102):

- ✓ **Cuidados pré-operatórios:** retirada de cálculos e de placa bacteriana através de raspagem e aplicação de jato de bicarbonato de sódio.
- ✓ **Sedação mínima:** para pacientes ansiosos que não conseguem controle por meios não farmacológicos. Fazer administração de midazolam 7,5 mg ou alprazolam 0,5 mg, 30 min antes da consulta odontológica.
- ✓ **Antissepsia intrabucal:** o paciente deve realizar bochecho com 15 ml de solução de digluconato de clorexidina 0,12%, por 1 min, antes do procedimento.
- ✓ **Antissepsia extrabucal:** realizar limpeza da face do paciente com digluconato de clorexidina 2%.
- ✓ **Anestesia local:** *na maxila:* infiltração com lidocaína 2% ou articaína 4%, associadas a epinefrina 1:100.000. Evitar a articaína nos bloqueios regionais.
- ✓ *Na mandíbula:* bloqueio regional com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, que pode ser complementado pela infiltração local de articaína 4% com epinefrina 1:200.000. Na contraindicação da epinefrina, optar pela solução de prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL.
- ✓ **Analgesia preventiva:** realizar prescrição de dipirona 500 mg a 1 g (20-40 gotas) ao término da intervenção, ainda em ambiente do consultório. Doses de manutenção com intervalos de 6 h, durante 24 h pós-operatórias. Se a dor persistir, explicar ao paciente que este deve voltar a unidade de saúde para uma nova consulta odontológica para receber novas orientações. O paracetamol 750 mg (a cada 8 h) ou o ibuprofeno 300 mg (a cada 6 h) são analgésicos alternativos para pacientes alérgicos à dipirona.

Cirurgias Bucais por via não-alveolar (ANDRADE; PASSERI, 2014, p. 102):

- ✓ **Expectativa do operador:** dor moderada a intensa, com presença de edema inflamatório e limitação da função mastigatória;
- ✓ **Cuidados pré-operatórios:** retirada de cálculos grosseiros e de placa bacteriana através de raspagem e aplicação de jato de bicarbonato de sódio;
- ✓ **Sedação mínima:** para pacientes que não conseguem controle por meios não farmacológicos. Fazer administração de midazolam 7,5 mg ou alprazolam 0,5 mg, 30 min antes do atendimento;
- ✓ **Profilaxia antibiótica sistêmica:** pode ser recomendada em relato de história prévia de pericoronarite. Nesse caso, prescrever 1 g de amoxicilina, 1 h antes da intervenção. Clindamicina 600 mg para alérgicos à penicilina;
- ✓ **Antissepsia intrabucal:** Realizar bochecho com 15 ml de digluconato de clorexidina 0,12%, por 1 min;
- ✓ **Antissepsia extrabucal:** Fazer limpeza da face do paciente com digluconato de clorexidina 2%;
- ✓ **Analgesia perioperatória:** prescrição de 4-8 mg de dexametasona (1-2 comprimidos de 4 mg), 1 h antes do procedimento. Administração de 1g (40 gotas) de dipirona sódica logo em seguida a finalização do procedimento. Prescrição de 500 mg (20 gotas) a cada 4 h, por 24 h. Caso a dor continue, prescrever nimesulida 100 mg por via oral ou cetorolaco 10 mg sublingual, a cada 12h, por no máximo de 48 h.
- ✓ **Anestesia local:** *Intervenções maxilares* – técnica infiltrativa ou bloqueio regional com solução de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Caso necessário complementação infiltrativa de articaína 4% com epinefrina 1:200.000. e *Intervenções mandibulares* – bloqueio regional com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, complementação por infiltração local de articaína 4% com epinefrina 1:200.000. Caso o procedimento necessite de maior tempo, deve-se aplicar 1 tubete de

bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000 na técnica de bloqueio dos nervos alveolar inferior e lingual;

- ✓ **Cuidados pós-operatórios:** a manobra inicial para controle de sangramento pós-cirúrgico é a colocação de uma pequena gaze diretamente na ferida, o paciente deve morde-la firmemente por, no mínimo, 30 minutos e não mastigar sobre ela.

OBS.:

- a) Quando a cirurgia necessitar de um tempo maior que o previsto (por conseguinte, com maior trauma aos tecidos moles), é indicado prescrição de uma dose extra de 4mg de dexametasona ou betametasona, *na manhã seguinte ao procedimento*;
- b) Para os pacientes que não podem ingerir dexametasona ou da betametasona (herpes, infecções fúngicas sistêmicas, história de alergia ao medicamento, etc.), prescrever um AINE: *nimesulida 100 mg, ibuprofeno 600 mg ou cetorolaco 10 mg* (este por via sublingual). A primeira dose deve ser ingerida ao finalizar o procedimento cirúrgico, mantendo a posologia a cada 12 h, pelo período máximo de 48 h;
- c) Para pacientes com contraindicação do uso de benzodiazepínicos, a *valeriana*, na dose de 100 mg (2 comprimidos de 50 mg), administrada 1 h antes da cirurgia, é uma boa opção para a sedação de pacientes adultos

Orientações ao paciente: Em qualquer procedimento cirúrgico eletivo, seja qual for sua complexidade, o paciente deverá ser orientado a tomar alguns cuidados, antes e após as cirurgias, através de um impresso ou folheto explicativo.

Cuidados pré-operatórios:

- a) Não tomar bebidas alcoólicas.
- b) Alimente-se sem restrições moderadamente.
- c) Evitar praticar exercícios físicos intensos.
- d) Quando indicada, tome a medicação no horário prescrita pelo dentista.
- e) Chegue ao consultório ½ h antes da hora marcada, com acompanhante.

Cuidados pós-operatórios:

Repouso

- a) Fazer repouso o máximo de tempo possível, pelos primeiros três dias.
- b) Ao deitar, manter a cabeça mais elevada que o restante do corpo.
- c) Evitar esforço físico e exposição solar durante 7 dias.
- d) Procure não muito, não realizar bochecho e não cuspir durante pelo menos 01 dia após a cirurgia
- e) Aplicar compressa de gelo na face, encima do lugar operado, durante 01 dia a cada 20 minutos.

Alimentação

- a) Preferir Alimentação líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 hrs (sucos de frutas, sorvetes cremosos, caldos e sopas após resfriar). Evitar ingerir alimentos em grãos ou farelos até a retirada da sutura.
- b) Tomar bastante água.
- c) Evitar o ato de sucção, como tomar líquidos com ajuda de um canudo.

Cuidando da ferida

- a) Manter sobre a ferida uma compressa de gaze por 30 min.
- b) Não tocar o lugar da ferida com objetos, dedos ou qualquer outra coisa. Evite colocar a língua na ferida.
- c) É normal que haja, um ligeiro sangramento após o procedimento da extração. Manchas de sangue poderão ser notadas no travesseiro.

Higiene bucal

- a) Escovar língua e dentes normalmente, tomando cuidado com o local da cirurgia.
- b) Empregue a solução antisséptica conforme a orientação dada pelo dentista.

Outros cuidados

- a) Evitar fumar pelas primeiras 12 horas ou até que ocorra a cicatrização.
- b) Não fazer uso de bebidas alcoólicas.
- c) Seguir corretamente as orientações contidas na receita.
- d) Não se automedicar.
- e) Moderado inchaço é normal.
- f) Pode ocorrer dificuldade de abrir a boca e manchas arroxeadas na pele.
- g) Em episódio de dor, edema ou sangramento excessivo, comunique-se com o dentista.
- h) Retornar após 07 dias para retirada dos pontos cirúrgicos.
- i) Caso ocorra sangramento persistente, dor intensa ou febre (temperatura maior ou igual à 37,8°C), retornar à unidade básica de saúde (ANDRADE; PASSERI, 2014; HUPP, 2009; CORTEZIA, 2020; DIAS, 2020).

Referências

ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 100.

ANDRADE, Eduardo Dias de; PASSERI, Luis Augusto; MORAES, Márcio de. Cirurgia Bucal. *In*: ANDRADE, Eduardo Dias de (org.). **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. p. 101-110.


BRASIL. [Ministério da Saúde]. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**: manual operacional. Porto Alegre: GEP/CGC, 2008. 11 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2247.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CORTEZIA, Kelvin Sousa. Exodontia em pacientes submetidos a terapia com os novos anticoagulantes orais diretos. **Revista Cathedral**, Boa Vista, RR, v. 2, n. 1, p. 2-19, fev. 2020. ISSN 1808-2289. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/127>. Acesso em: 15 jun. 2021.

DIAS, Karen Maciel. **Exodontia minimamente traumática e instalação de implante imediato unitário em região anterior de maxila**: relato de caso. Orientador: Ângelo Luiz Freddo. 2020. 60 f. TCC (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre, 2020.

HUPP, James R. Parte II: princípios de exodontia. *In*: HUPP, James R.; ELLIS III, Edward; TUCKER, Myron R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009 (cap. 6 - 11). ISBN 978-85-352-3093-2.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84 p. ISBN 978-85-7825-021-8.



ESTE EBOOK FOI DESENVOLVIDO COMO RESULTADO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIRURGIA E PESQUISA EXPERIMENTAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, ELE APRESENTA UMA COLETÂNEA DE ESTUDOS QUE VISAM APROFUNDAR OS CONHECIMENTOS NA ÁREA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA CLÍNICO CIRÚRGICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SUAS DIVERSAS ESPECIALIDADES. OS CONTEÚDOS ABORDADOS ESTÃO ESCRITOS DE MANEIRA SIMPLES E PRÁTICA VOLTADOS A PRÁTICA CLÍNICA DO COTIDIANO DO CIRURGIÃO-DENTISTA.

Tipografia utilizada

Fontes

Baskerville Old Face (para entrada dos Capítulos - Tamanho 24)

Garamond (Corpo - Tamanho 14)

Microsoft Word 2019 e PDF 4,30 MB Folha A4

Secretaria de Estado da Saúde Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde (SGPES) Escola Tocantinense do SUS Dr. Gisamar Gomes (Etsus) 606 Sul, Al. Portinari, APM 07. CEP: 77022-062 <https://saude.to.gov.br/>





ISBN 978-65-87830-18-6



9 786587 830186