

Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Atenção Básica

# Guia Básico de Atenção à Saúde Bucal



Natal-RN  
2016



Prefeitura Municipal do Natal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Atenção Básica

# Guia Básico de Atenção à Saúde Bucal



Natal-RN  
2016

*Ela é bela, a boca, Ela é difícil.  
Tudo começa por ela,  
do primeiro grito à primeira amamentação,  
do primeiro beijo de amor ao último beijo de adeus.*

**Claude Olivienstein**

2016

**Luis Roberto Leite Fonseca**

Secretário Municipal de Saúde de Natal

**Marcelo Bessa de Freitas**

Secretário adjunto de Atenção de Gestão Participativa do Trabalho e da educação em Saúde

**Terezinha Guedes Rego de Oliveira**

Secretária Adjunta de logística em Saúde, administração e Finanças

**Maria da Saudade de Azevedo Moreira**

Secretária Adjunta de Atenção Integral à Saúde

**Ana Paula Queiroz da Silva**

Departamento de Atenção Básica

**Marliete Fernandes Duarte**

Coordenação da Estratégia de Saúde da Família

**Vera Maria Martins Castro**

Coordenação de Saúde Bucal

**Mauricea Medeiros**

**Sandra Raissa F.L. Escóssia**

Equipe de Saúde Bucal- DAB

**Rossana Mota Costa**

**Vera Maria Martins Castro**

Equipe de elaboração

Equipe de colaboração

**Alanny Ferreira Moutinho** - DAE/SMS

**Ana Clara Guedes S. Queiroz** - USF Km 6

**Ana Stella de Vasconcelos Villar** - USF Soledade II

**Cyntya Teixeira Marques** - USF Bairro Nordeste

**Dilana Duarte Penna Lima** - CEO Morton Mariz de Faria

**Eleine de Araújo Bezerra Coe** - USF Aparecida

**Flavia Pinheiro Cavalcanti** - USF Passo da Pátria

**Flaviana Pires Camelo** - DAB/PSE/SMS

**Geni Leda de Medeiros** - CEO Morton Mariz de Faria

**Glaucio de Moraes e Silva** - USF Rocas

**Jaldir da Silva Cortez** - USF Redinha

**José Ferreira Filho** - UPA Esperança

**Manuela Mariano de Melo** - USF Panatis

**Marlene Lacerda de Barros** - CEO Morton Mariz de Faria

**Mauricea Medeiros** - DAB/SMS

**Raquel Tereza Mendonça C. Gomes** - UPA Pajuçara

**Silvana Medeiros da Costa Brasil** - USF Soledade II

**Valmir Pereira Nunes** - CEO Morton Mariz de Farias

Capa e Projeto gráfico

**Waldelino Duarte**

Ilustração

**Juliano Barreto**

Divisão de Serviços Técnicos  
Catalogação da publicação na Fonte.

---

Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde.

Departamento de Atenção Básica.

Guia básico de atenção à saúde bucal / Vera Maria Martins Castro ... [et al.] (comissão elaboradora). – Natal, 2016.

91 p.

Essa publicação é fruto de uma construção coletiva.

1. Saúde bucal. 2. Odontologia. 3. Ciclos de vida. 4. Infecções / inflamações. 5. Controle da dor. 6. AINEs. I. Moutinho, Alanny Ferreira. II. Queiroz, Ana Clara Guedes S. III. Villar, Ana Stella de Vasconcelos. IV. Marques, Cyntya Teixeira. V. Lima, Dilana Duarte Penna. VI. Coe, Eleine de Araújo Bezerra. VII. Cavalcanti, Flavia Pinheiro. VIII. Camelo, Flaviana Pires. IX. Medeiros, Geni Leda de. X. Silva, Glaucio de Moraes e. XI. Cortez, Jaldir da Silva. XII. Ferreira Filho, José. XIII. Melo, Manuela Mariano de. XIV. Barros, Marlene Lacerda de. XV. Medeiros, Mauricea. XVI. Gomes, Raquel Tereza Mendonça C. XVII. Brasil, Silvana Medeiros da Costa. XVIII. Nunes, Valmir Pereira. XX. Castro, Vera Maria Martins. XXI. Título.

RN

CDU 616.314

---

Larissa Inês da Costa (CRB 15/657)

# Sumário

<b>1</b>	Introdução.....	11
<b>2</b>	Rede de Atenção em Saúde Bucal.....	15
<b>2.1</b>	Atenção Primária.....	16
<b>2.1.1</b>	A Estratégia Saúde da Família.....	17
<b>2.2</b>	Organização da Demanda.....	18
<b>2.2.1</b>	Demanda programada.....	18
<b>2.2.2</b>	Estratégias de captação.....	18
<b>2.2.3</b>	Rotina de agendamento para atendimento Clínico Individual.....	19
<b>2.2.4</b>	Demanda espontânea.....	19
<b>2.3</b>	A Organização da Atenção.....	19
<b>2.3.1</b>	Ações Básicas.....	19
<b>2.3.2</b>	Primeira Consulta.....	19
<b>2.3.3</b>	Plano de Tratamento.....	20
<b>2.3.4</b>	Ações de promoção à saúde bucal.....	21
<b>2.4</b>	Programa Saúde na Escola - PSE.....	22
<b>2.5</b>	Atividades Coletivas.....	22
<b>2.5.1</b>	Recomendações para realização de atividades educativas e preventivas.....	22
<b>2.6</b>	Fluxograma de atendimento na atenção básica.....	23
<b>3</b>	Atenção Secundária em Odontologia.....	25
<b>3.1</b>	As Unidades de Pronto Atendimento - UPA.....	25
<b>3.2</b>	Atendimento às urgências.....	26
<b>3.2.1</b>	Procedimentos realizados pelo profissional da urgência.....	26
<b>3.2.2</b>	Local de funcionamento das UPA.....	26
<b>3.2.3</b>	Fluxograma de atendimento às urgências.....	27
<b>3.3</b>	Centros de Especialidades Odontológicas.....	27
<b>3.3.1</b>	Como solicitar consultas especializadas e exames de raio-X para o CEO.....	28
<b>3.3.2</b>	Locais onde são oferecidos os serviços de radiologia odontológica.....	28
<b>3.3.3</b>	Locais de funcionamento dos CEO.....	29
<b>3.3.4</b>	Procedimentos para Atendimento em Endodontia.....	29
<b>3.3.4.1</b>	Critérios de encaminhamento.....	29
<b>3.3.4.2</b>	Indicação de tratamento.....	30

3.3.4.3	Número de Procedimentos.....	30
3.3.4.4	Procedimentos realizados pelo endodontista.....	30
3.3.4.5	Recomendações após a conclusão do tratamento endodôntico.....	31
3.3.4.6	Fluxograma de atendimento em Endodontia.....	31
3.3.5	Procedimentos para Atendimento em Periodontia.....	32
3.3.5.1	Critérios de encaminhamento.....	32
3.3.5.2	Procedimentos a serem realizados pelo CD da Atenção Básica antes do encaminhamento ao CEO.....	32
3.3.5.3	Número de procedimentos.....	32
3.3.5.4	Procedimentos realizados pelo Periodontista.....	32
3.3.5.5	Recomendações após a conclusão do tratamento periodontal.....	33
3.3.5.6	Fluxograma de atendimento em Periodontia.....	33
3.3.6	Procedimentos para Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais.....	33
3.3.6.1	Critérios de encaminhamento.....	33
3.3.6.2	Critérios de elegibilidade.....	34
3.3.6.3	Número de Procedimentos.....	35
3.3.6.4	Procedimentos realizados pelo especialista em pacientes especiais.....	35
3.3.6.5	Fluxograma de atendimento para Pacientes Especiais.....	36
3.3.7	Procedimentos para Atendimento em Odontopediatria.....	37
3.3.7.1	Critérios de encaminhamento:.....	37
3.3.7.2	Procedimentos realizados pelo Odontopediatra.....	37
3.3.7.3	Fluxograma de atendimento em Odontopediatria.....	38
3.3.8	Procedimentos para Atendimento em Cirurgia Buco Maxilo Facial.....	38
3.3.8.1	Critérios de encaminhamento.....	38
3.3.8.2	Procedimentos realizados pelo Cirurgião Buco-Maxilo-Facial.....	39
3.3.8.3	Não deverão ser encaminhados ao especialista os casos de.....	40
3.3.8.4	Fluxograma de atendimento em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.....	41
3.3.9	Procedimentos para Atendimento em Estomatologia.....	41
3.3.9.1	Critérios de encaminhamento.....	41
3.3.9.2	Procedimentos realizados pelo Estomatologista.....	42
3.3.9.3	Fluxograma de atendimento em Estomatologia.....	42
4	Atenção Terciária em Odontologia.....	43
5	Ciclos de Vida.....	45
5.1	Grupo de 0 a 5 anos.....	46
5.2	Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos).....	46
5.3	Grupo de Gestantes.....	46
5.4	Grupo de adultos.....	47
5.5	Grupo de idosos.....	47
6	Antimicrobianos em Odontologia.....	49
6.1	Microbiologia das Infecções Odontogênicas.....	50
6.2	Biofilme Dentário.....	50
6.3	Bactérias Responsáveis pela Infecção Odontogênica.....	51
6.4	Antimicrobianos mais Utilizados na Odontologia.....	51
6.4.1	Penicilinas.....	52
6.4.2	Amoxicilina.....	52
6.4.3	Ampicilina.....	54

6.4.4	Macrolídeos.....	54
6.4.5	Cefalosporinas.....	56
6.4.6	Clindamicina.....	57
6.4.7	Metronidazol.....	58
6.4.8	Tetraciclinas.....	59
7	Infecções/Inflamações mais Comuns na Prática Clínica Odontológica.....	61
7.1	Abscessos.....	61
7.2	Pericoronarite.....	62
7.3	Gun.....	63
7.4	Candidose Oral.....	64
7.5	Herpes Simples.....	65
7.6	Aftas.....	66
8	Controle da Dor em Odontologia.....	69
8.1	Dores Agudas.....	70
8.1.2	Tratamento da dor aguda.....	70
8.2	Dores crônicas.....	71
8.3.	Abordagem na Dor Aguda.....	71
8.3.1	Dor não instalada.....	71
8.3.2	Dor instalada.....	71
8.4	Dor de Intensidade Leve a Moderada.....	72
8.5	Dor Relacionada a Procedimentos mais Invasivos.....	74
9	Analgésicos e Anti-Inflamatórios não Esteróides (AINEs).....	77
9.1	Mecanismo de Ação.....	77
9.2	Indicações.....	78
9.3	Uso Profilático dos AINE's.....	78
9.4	AINEs Associados a Antibióticos.....	80
9.5	Cuidados na Prescrição de AINEs.....	80
9.5.1	Hipertensos e cardiopatas.....	80
9.5.2	Gestante e Concepto.....	81
9.5.3	Portadores de Discrasias Sanguíneas.....	81
9.5.4	Complicações hepáticas.....	81
9.5.5	Interações medicamentosas.....	81
10	Atribuições da Equipe de Saúde Bucal.....	83
11	REFERÊNCIAS.....	87



# Prefácio

A saúde pública no Brasil foi desenhada por constantes transformações em seus conceitos e nas práticas assistenciais, bem como, do aparato legal, tendo como marco a sua inserção no cômputo constitucional como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, de forma universal e equânime.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS Natal) em seus 30 anos de existência vem seguindo esse percurso de evolução e acúmulo de experiências, tendo como prioridade a oferta de serviços qualificados, acessíveis e resolutivos.

Nessa perspectiva, se faz premente a constante atualização e uniformização dos métodos e instrumentos de trabalho como mecanismo de aprimoramento do serviço frente às necessidades advindas do cidadão.

A criação da coletânea de GUIAS BÁSICOS DE ATENÇÃO À SAÚDE abriga conteúdos teóricos e práticos que têm como objetivo serem adotados como referência para profissionais que compõem o corpo técnico dessa Secretaria Municipal de Saúde, e para os acadêmicos que utilizam nosso território como cenário de aprimoramento profissional e ampliação do saber.

Essas publicações são frutos de uma construção coletiva, elaboradas a partir do conhecimento científico e das experiências cotidianas vivenciadas dentro da rede de assistência, trazendo a preocupação em estabelecer processos permanentes conformados nas especialidades inerentes ao cada território de atuação e não ser uma mera cópia de outras realidades.

Pressupõem estabelecer processos permanentes e dinâmicos, seja no âmbito assistencial, seja de organização dos serviços, aliando às necessidades de racionalizar os gastos públicos sem comprometer a eficiência do serviço ofertado.

Enquanto Secretário Municipal de Saúde de Natal me considero plenamente recompensado por ter apoiado essa iniciativa, sabendo que o caminho trilhado até aqui não foi fácil, mas absolutamente recompensador, uma vez que o percurso vencido é apenas parte do trajeto, o que nos faz não perder o ânimo para vencer os desafios que ainda precisam ser alcançados.

É nesse espírito de equipe que a SMS Natal comemora seus 30 anos de existência. São lutas persistentes, na perspectiva de uma nova gestão pública. Esforços coletivos e aprimorados pela pesquisa, pelo uso da ciência e principalmente pelo esforço dos profissionais que fazem o corpo dessa estrutura organizacional, tendo sempre como foco principal o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), razão maior de ser desta Secretaria.

**Luiz Roberto Leite Fonseca**

Secretário Municipal de Saúde - Natal/RN

# Apresentação

## **SOBRE O SUS, LUTA, COMPROMISSOS E SONHOS**

**Q**uem milita pelos direitos à saúde sabe que o Sistema Único de Saúde - SUS apesar dos seus 27 anos é um projeto em construção. A Carta Magna garantiu em seu artigo 196 a saúde como direito básico, que alicerça a Seguridade Social juntamente com a Assistência Social e a Previdência, sendo política pública não contributiva, direito do cidadão e dever do Estado.

Fruto das lutas populares e movimentos sociais inseridos no processo de Redemocratização do país o SUS desde o seu nascedouro desafia os interesses corporativos e mercadológicos do setor saúde. Garantir acesso Universal, Integral e Equânime tem se constituído em desafio permanente, de uma luta contra hegemônica e por vezes desigual na visibilidade do SUS que dá certo.

Ao longo desses 27 anos o SUS enquanto modelo de Sistema de Saúde em sua normativa encanta nossos vizinhos Latino América, e em nada deixa a desejar a Sistemas de Saúde europeus, uma vez que garante com êxito, ao conjunto da população, um amplo Programa Nacional de Imunização, com erradicação de doenças como poliomielite, Sistema Nacional de Transplante de órgãos, o maior do mundo, Programa de Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis IST/AIDS, Tratamento de Câncer, Vigilância Sanitária de Alimentos e Medicamentos como órgão de controle independente, dentre outros, bem como a estruturação de Sistemas Participativos na Gestão do SUS, através dos Conselhos de Saúde, e na realização periódica de Conferências nas três esferas administrativas com participação de Gestores, Trabalhadores e Usuários do SUS.

É fato que há muito que se ajustar na organização e funcionamento do SUS, na garantia de orçamento, acesso e qualidade dos serviços, na criação e valorização da carreira do servidor do SUS, na integração locorregional, Estadual e Nacional, dada a amplitude do território, e a premente necessidade de delimitação das atribuições de cada esfera administrativa, na repartição do orçamento sem quebra na continuidade do cuidado, na definição da prioridade dos investimentos na Atenção Primária em Saúde, comprovadamente capaz de melhorar os indicadores de saúde, revertendo o cuidado em saúde do processo saúde - doença para prevenção e promoção em saúde. E é aí que entram a Luta, o Compromisso e o Sonho.

Fazer o SUS acontecer em seus princípios básicos exige de nós Gestores e Trabalhadores uma ampla frente de luta unificada em Defesa da Saúde enquanto direito básico.

Compromissar-se com a defesa de um direito básico de cidadania é manter-se vigilante a não permitir o desmonte do SUS, é sentir-se pertencente ao Sistema, reconhecer-se enquanto gestor e trabalhador para enxergar o usuário em sua integralidade, imbuído de direito e participe do processo de forma autônoma, empoderada, consciente.

Se esse SUS que desejamos sair do papel é utópico, que seja. Como nos diz Eduardo Galeano, parafraseando Fernando Birri, *“a Utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.”* Então para que serve a Utopia? Para caminhar.

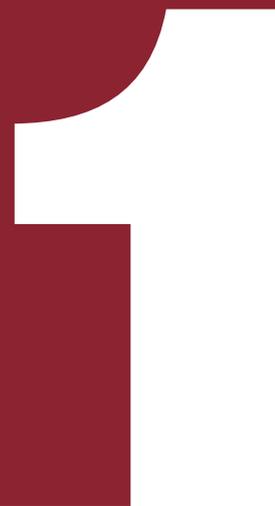
A Luta, o Compromisso e o Sonho é o que nos impulsiona a Caminhar. Ser resiliente não significa ser e estar resignado, e muito menos submisso. Ser resiliente é ter a capacidade de desenvolver estratégias de sobrevivência, de analisar cada recuo e cada avanço como parte do processo democrático, de disputa de projetos societários. Nenhum direito foi concedido, direito é conquista diária.

Fazer o nosso trabalho com excelência é garantir a chama da Luta acesa, o Compromisso reafirmado, e o Sonho como algo possível. Portanto, esse **Guia Básico de Atenção à Saúde Bucal** representa essa capacidade dos Gestores e Trabalhadores desta Secretaria em articular Luta, Compromisso e Sonho para fazer valer um SUS em seus princípios básicos para melhor atender ao usuário na plenitude do direito, um convite a caminhada que é de longo fôlego, sem nenhum direito a menos. Avante SUS!

**Ana Paula Queiroz da Silva<sup>1</sup>**

Diretora do Departamento de Atenção Básica - Natal/RN

<sup>1</sup>Assistente Social, Mestre em Serviço Social pela UFRN. Especialista em: Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes – LACRI/USP; e, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pelo NESC/UFRN. Diretora do Departamento de Atenção Básica – Natal/RN.



# Introdução

**D**urante anos a odontologia esteve à margem das Políticas Públicas de Saúde. O modelo de assistência odontológica estatal era centrado no atendimento a grupos prioritários( crianças em idade escolar) e urgências, gerando um quadro de intensa exclusão do acesso e baixo impacto sobre os índices epidemiológicos de doenças bucais. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal- BRASIL SORRIDENTE- a saúde bucal passou de uma posição inexpressiva para uma alta centralidade no governo federal.

Em 2010 foi realizado em todo território nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010, que analisou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto no âmbito estadual e municipal (Brasil, 2011).

Vários avanços nas condições de saúde bucal da população do Rio Grande do Norte e especificamente do município de Natal foram identificados, muitos deles decorrentes da implantação da Estratégia de Saúde da Família em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, corroborados com os resultados do SBBrasil 2010, utilizando-se o indicador CPO-D aos 12 anos, (idade de monitoramento global da cárie para comparações Internacionais e o acompanhamento das tendências da doença). No ano de 2003 o resultado do CPO-D foi de 2,8 e em 2010 passou para 2,08 atingindo o que é preconizado pela OMS (Brasil, 2011).

Tais avanços no declínio da prevalência de cárie observados, foram significativos, porém a cárie dentária ainda se constitui grande desafio para a odontologia neste milênio. A opção por tecnologias preventivas e terapêuticas mais adequadas passa pelo conhecimento aprofundado da gênese desta doença nos indivíduos e pelo reconhecimento da importância dos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, na determinação de sua distribuição nas populações.

A inserção dos profissionais da área de saúde bucal, funcionando de forma integrada à equipe da Estratégia Saúde da Família desde 2001, e a implantação da Política de Saúde Bucal -Brasil Sorridente - 2004, tem significado um avanço em direção à integralidade do cuidado. A Política Nacional de Saúde Bucal tem como objetivo principal ampliar o acesso da população aos cuidados básicos em saúde bucal, resgatando uma dívida histórica dos governos e da odontologia enquanto campo de conhecimento e de práticas para com a população

A partir desses pressupostos, a Secretaria Municipal de Saúde do Natal vem reestruturando a rede de serviço de saúde bucal na perspectiva de possibilitar a atenção integral a saúde a população, fomentando mudanças estratégicas no modelo de atenção à Saúde.

O Protocolo Integrado de Saúde Bucal editado em 2006, foi produto de um trabalho coletivo de profissionais inseridos na rede municipal de saúde o qual está sendo revisado e atualizado como GUIA BÁSICO DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL tendo em vista a necessidade visível dos avanços na atuação dos profissionais de saúde bucal.

O Guia Básico de Atenção à Saúde Bucal tem como objetivo facilitar a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal de forma a garantir efetividade e integração das ações aqui propostas, possibilitando aos profissionais de saúde, o conhecimento de uma rede de atenção á saúde bucal e seus fluxos, assim como uniformizar os atendimentos em todos os níveis de atenção de forma prática, através de fluxo e descrições das ações, as quais são organizadas de acordo com os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) em consonância com as

linhas de cuidado não podendo ser visto de modo isolado em uma perspectiva de trabalho integrado.

De acordo com com esses princípios é importante despertar na saúde bucal o benefício de tê-lo como norteador das ações, resultando na melhoria da qualidade a saúde da população, apontando para o cuidado com o usuário, qualificando seu percurso no SUS, construindo respostas mais próximas das reais necessidades da população assistida, assim como o acesso aos outros níveis de atenção.





# Rede de Atenção em Saúde Bucal

**A**s Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideal de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização

passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A valorização e integração dos pontos de assistência na rede de atenção em saúde bucal, que são locais em que serão prestados os atendimentos à população na atenção primária, secundária e terciária, o conhecimento sob o ponto de vista epidemiológico, de risco e vulnerabilidade desta população, são fundamentais para o processo de transformação.

## 2.1 Atenção Primária

A Atenção primária constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É responsável pelo encaminhamento de usuários para ações e serviços especializados, quando necessário, mantendo a vinculação e a coordenação do cuidado.

Desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde. Não deve ser entendida como única porta de entrada do sistema, uma vez que as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e necessitando de acolhimento e resolubilidade.

De outra parte, o conjunto da Rede de ações e de serviços de saúde precisa incorporar a noção de responsabilidade sobre a saúde da população. São necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal a familiaridade com os modos de andar a vida no local ou contato com a cultura na rua, nos coletivos e redes sociais dos usuários dos serviços de saúde.

É necessário fortalecer à atenção básica como lugar do mais amplo atendimento às necessidades dos usuários, garantindo a longitudinalidade e integralidade do cuidado que iniciam pela reorientação dos processos de trabalho na equipe e esta deve ser multiprofissional, atuando por meio de diretrizes como acolhimento e vinculação dos usuários.

A garantia da integralidade do cuidado – atenção a todo e qualquer problema de saúde ou condição que ponha a saúde dos indivíduos em risco – só será alcançada com a constituição de uma Rede qualificada e integrada de cuidado tanto em nível primário, como secundário e terciário, além de ser inter-relacionada com outras políticas sociais.

Essa rede integrada de atenção à saúde deve se caracterizar por ter um território e população definidos, com ampla oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, coordenados pela Atenção Primária à Saúde e integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família e na comunidade/território, sob um único sistema de governança, com financiamento adequado(OPAS, 2008).

### 2.1.1 A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família-ESF é o eixo estruturante da atenção básica do município de Natal e tem o propósito de qualificar a atenção básica segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS. Essa estratégia organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade.

Os profissionais inseridos na ESF desenvolvem ações de saúde comuns a toda a equipe, como as ações de planejamento, educação em saúde, busca ativa, prevenção de agravos e ações intersetoriais. No atendimento aos problemas específicos são preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência.

Construir a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe é um desafio posto aos profissionais de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família. Em saúde bucal, pressupõe mudanças importantes na reorganização do processo de trabalho do odontólogo e equipe. Várias experiências apontam potencialidades nessa proposta para instituir novas práticas de saúde e processos de cuidados mais humanizados, ao aproximar os profissionais da realidade de vida das pessoas e das famílias, de maneira a construir práticas ampliadas com o estabelecimento de vínculos e responsabilizações dos profissionais pelo cuidado.

O processo de trabalho em saúde bucal, portanto deve ser organizado a partir das seguintes diretrizes:

O reconhecimento do território, identificação das famílias, apropriação das condições sócio-culturais, dos costumes e da experiência histórica da sociedade local possibilitando a compreensão da causalidade das doenças e a proposição de maneira multidisciplinar e multiprofissional da atenção adequada à comunidade;

Atendimento resolutivo, no âmbito da competência da unidade de saúde especialmente quando se tratar de situações clínicas frequentes;

Comprometimento com a pessoa e não com a doença, vendo além da queixa referida, entendendo as pessoas como sujeitos de sua própria realidade;

Estimular a formação e capacitação de “Multiplicadores de Saúde”, para colaborar com o trabalho coletivo nas escolas, creches, grupos de jovens, etc;

Estimular a participação popular através da articulação com o conselho gestor e conselho local da Unidade de Saúde;

Avaliar o processo de trabalho por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica /SISAB/e-SUS AB.

Participar do cadastramento, mapeamento e acompanhamento das micro-áreas num mapa dinâmico e legendado, tendo como base os dados demográficos sócio-econômicos, culturais, meio-ambiente, e morbi-mortalidade coletada através do cadastramento;

Realizar visitas domiciliares planejadas junto à equipe, para aproximar-se da realidade das famílias, realizar procedimentos odontológicos possíveis em acamados, orientações aos familiares e estabelecer vínculos;

## 2.2 Organização da Demanda

### 2.2.1 Demanda programada

- A demanda programada na Unidade de Saúde da Família se dá a partir das diversas estratégias de captação contemplando o atendimento às famílias que correspondem aos critérios epidemiológicos e sociais, avaliados após visita domiciliar que pode ser solicitada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou outro profissional da equipe.
- De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a assistência odontológica deve ocupar entre 75% a 85% das horas contratadas. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas).

### 2.2.2 Estratégias de captação

- Grupos operativos da Unidade
- Visitas domiciliares
- Atividades Educativas
- Urgência
- Equipamentos Sociais

### 2.2.3 Rotina de agendamento para atendimento Clínico Individual

O agendamento será feito pelo ASB/ TSB ou pelo Cirurgião Dentista de acordo com a estratégia de captação.

O usuário deverá ser orientado a levar a escova de dente em todas as consultas.

Os usuários com necessidade de atenção especial (riscos de saúde) deverão passar obrigatoriamente pelo preparo para verificar a pressão arterial.

### 2.2.4 Demanda espontânea

Destina-se a atenção clínica, à queixa principal do usuário e/ou necessidade percebida através da livre demanda;

Possibilita o acesso do usuário não cadastrado e não pertencente a grupos priorizados, à resolução da queixa principal;

Sempre que possível orientar para o autocuidado, estabelecendo a relação de co-responsabilidade profissional/paciente.

## 2.3 A Organização da Atenção

### 2.3.1 Ações Básicas

Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

Realizar atividades de promoção à saúde nos equipamentos sociais em parceria com a comunidade na busca de uma melhor qualidade de vida;

Realizar levantamento epidemiológico para o planejamento e avaliação das ações;

Integrar as ações de saúde bucal às demais desenvolvidas pelos outros profissionais, tanto as atividades clínicas assistenciais, como as ações de prevenção e promoção da saúde.

### 2.3.2 Primeira Consulta

A primeira consulta odontológica programática, é realizada com a finalidade de diagnóstico e, necessariamente elaboração de um plano terapêutico, para atender as necessidades do usuário. O plano de tratamento deve constar na ficha clínica odontológica. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

A anamnese deve ser orientada para os seguintes pontos:

Alimentação;
Higiene oral;
Hábitos deletérios;
Utilização de medicamentos e reação a drogas utilizadas;
Sinais e sintomas sugestivos de doença;
Antecedentes familiares;
História de doenças passadas e atuais;

O exame físico deverá ser realizado observando as seguintes estruturas:

A boca: lábios; bochechas; palato; língua; gengiva e dentes;
A ATM: verificar disfunções na oclusão;
Face: podem sugerir disfunções neurológicas, glandular, tumor ou articular;
O Pescoço: verificar linfonodos da cadeia ganglionar.

### 2.3.3 Plano de Tratamento

O plano de tratamento preferencialmente, deverá seguir a sequência abaixo com a realização dos seguintes procedimentos:

Exame clínico e Prevenção do câncer bucal;
Tratamento periodontal básico;
Exodontias;
Pulpotomia;
Tratamento expectante;
Restaurações
*Atendimento de Urgência * Tratamento de hemorragia da cavidade bucal ou episódios hemorrágicos; Eliminação ou controle de episódios infecciosos (pulpites, drenagens de abscessos intra-orais, alveolites, pericoronarite, urgência periodontal); trauma oclusal; restaurações fraturadas com sintomatologia; cimentação provisória de peças protéticas.

### 2.3.4 Ações de promoção à saúde bucal

A promoção à Saúde Bucal é uma política transversal, integrada e intersetorial, onde dialogam diversas áreas do setor sanitário, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Está inserida num contexto amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis.

Inclui também trabalhar com abordagem sobre fatores de risco ou de proteção simultâneo tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma, câncer bucal e arboviroses). Através de uma política de alimentação saudável, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, cuidados com o meio ambiente, política de eliminação de tabagismo e de acidentes.

Propõe estimular mudanças de hábitos e posturas na perspectiva do estilo de vida saudável, a partir de ações educativas contextualizadas, dentro de um processo de educação permanente. Enfim, a promoção da saúde deve ser condizente com a busca da melhor qualidade de vida individual e coletiva orientada para o desenvolvimento integral do ser humano.

Deve-se buscar a integração das ações de promoção da saúde bucal com os demais setores. Neste sentido, é fundamental que as ações de saúde bucal e as demais ações da unidade de saúde se realizem em parcerias com a sociedade civil organizada, principalmente com o setor educacional.

São ações de promoção a saúde bucal:

Realizar atividades nas escolas a partir de discussões com a comunidade escolar na perspectiva de incorporar os temas relacionados à saúde bucal no cotidiano da prática de ensino. Essas atividades devem ser planejadas com os envolvidos para que não haja contraposições entre o pensamento da escola e do setor saúde.

- Os profissionais de saúde bucal devem ser conhecidos da escola, dos alunos e dos pais. Isto significa que a escola não deve ser vista como um simples espaço para a realização de atividades coletivas, e sim uma parceira na luta pela concretização de projetos da melhoria da qualidade de vida da população;

Respeitar o direito à autonomia das pessoas. O cidadão tem a capacidade de deliberar e tomar decisões a respeito de seu estilo de vida. O papel do profissional não é coagir e sim persuadir através das orientações e troca de conhecimentos.

## 2.4 Programa Saúde na Escola - PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino (BRASIL, 2008).

A implantação do PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos escolares maior contato com a equipe da ESF. Consideramos que a aproximação entre escola e unidade de saúde contribuiu para sensibilizar escolares a transformar a informação científica em comportamentos saudáveis.

## 2.5 Atividades Coletivas

São estratégias utilizadas com a finalidade de melhorar as condições da saúde bucal da população, prevenindo agravos e promovendo saúde, alcançando o maior número de pessoas por meio de procedimentos realizados no território de atuação das equipes de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença. Devem ser avaliados pela equipe de saúde bucal que definirá método e frequência para o acompanhamento destes grupos populacionais, previamente identificados.

A educação em Saúde Bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução dos seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida. Estas ações podem ser realizadas dentro ou fora da unidade de saúde.

### 2.5.1 Recomendações para realização de atividades educativas e preventivas

As ações de educação em saúde podem ser realizadas no espaço da unidade de saúde utilizando-se o tempo de espera dos usuários para o atendimento, devendo-se registrar o número de participantes e de atividades realizadas.

Devem conter informações sobre os efeitos da dieta, do fumo, do consumo de álcool e, sobre o processo de adoecimento, contribuindo para que os indivíduos tenham um estilo de vida mais saudável;

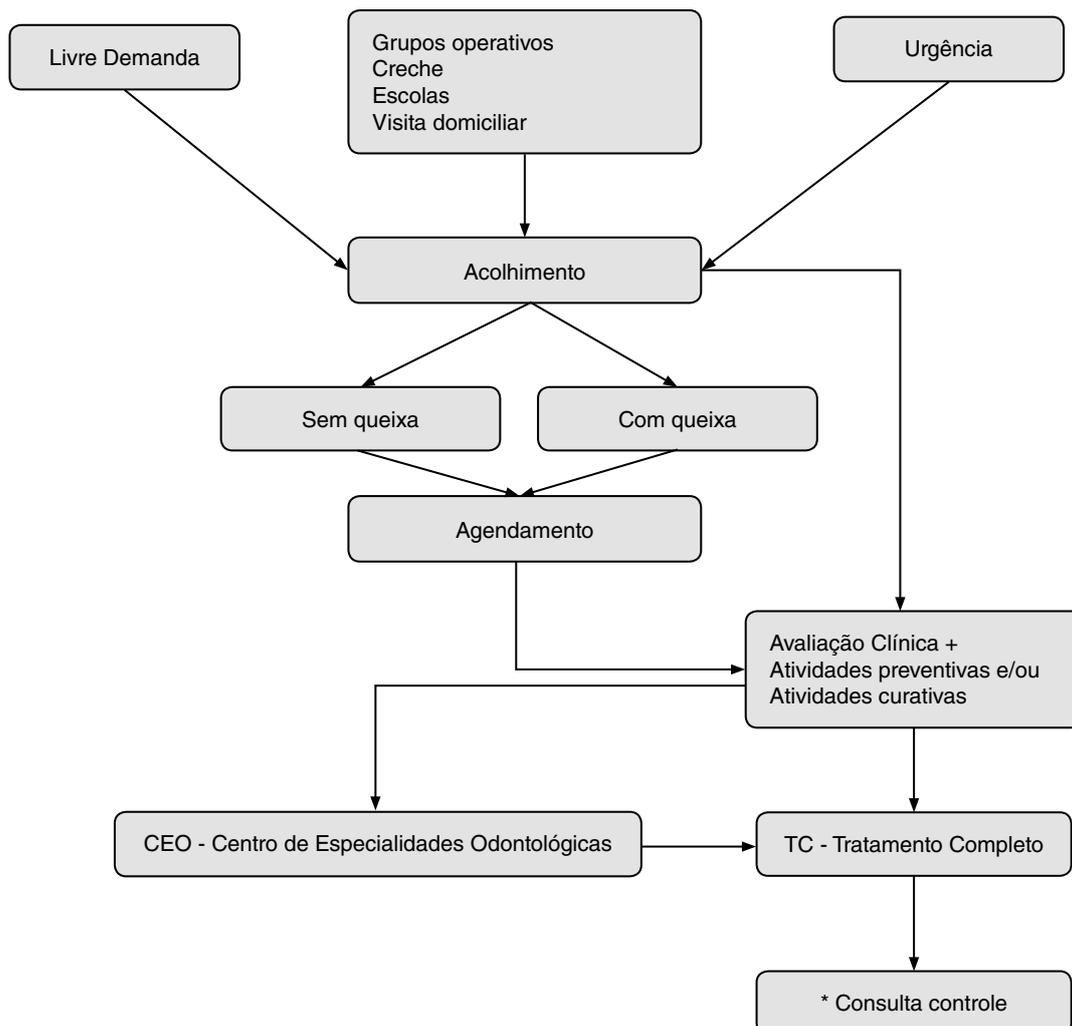
As ações de educação em saúde realizadas fora do âmbito da Unidade de Saúde devem seguir os mesmos parâmetros de quando realizadas na Unidade de saúde. Os locais que podem ser utilizados para a realização dessas atividades, são os equipamentos sociais existentes na comunidade e devem ser realizadas periodicamente.

Os procedimentos coletivos constituem o conjunto de procedimentos de educação em saúde e prevenção em saúde bucal (escovação dental supervisionada e fluoroterapia).

Os conteúdos abordados devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios.

- As atividades de promoção à saúde devem sempre que possível envolver todos os profissionais da equipe e serem realizadas em todos os espaços possíveis de encontro entre profissionais e cidadãos.

## 2.6 Fluxograma de atendimento na atenção básica



**OBSERVAÇÃO**

**\*A consulta controle antes do período de um ano do tratamento completado será considerada consulta de manutenção e após um ano, primeira consulta odontológica programática.**



# Atenção Secundária em Odontologia

## 3.1 As Unidades de Pronto Atendimento - UPA

As UPA são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências.

Disponibilizam o serviço de odontologia em urgência e emergência visando solucionar a queixa do usuário que necessite deste serviço 24 horas por dia.

A urgência odontológica é quando existe a necessidade de um atendimento rápido, resolutivo e que sane a necessidade do usuário, mas sem risco eminente à sua saúde.

## 3.2 Atendimento às urgências

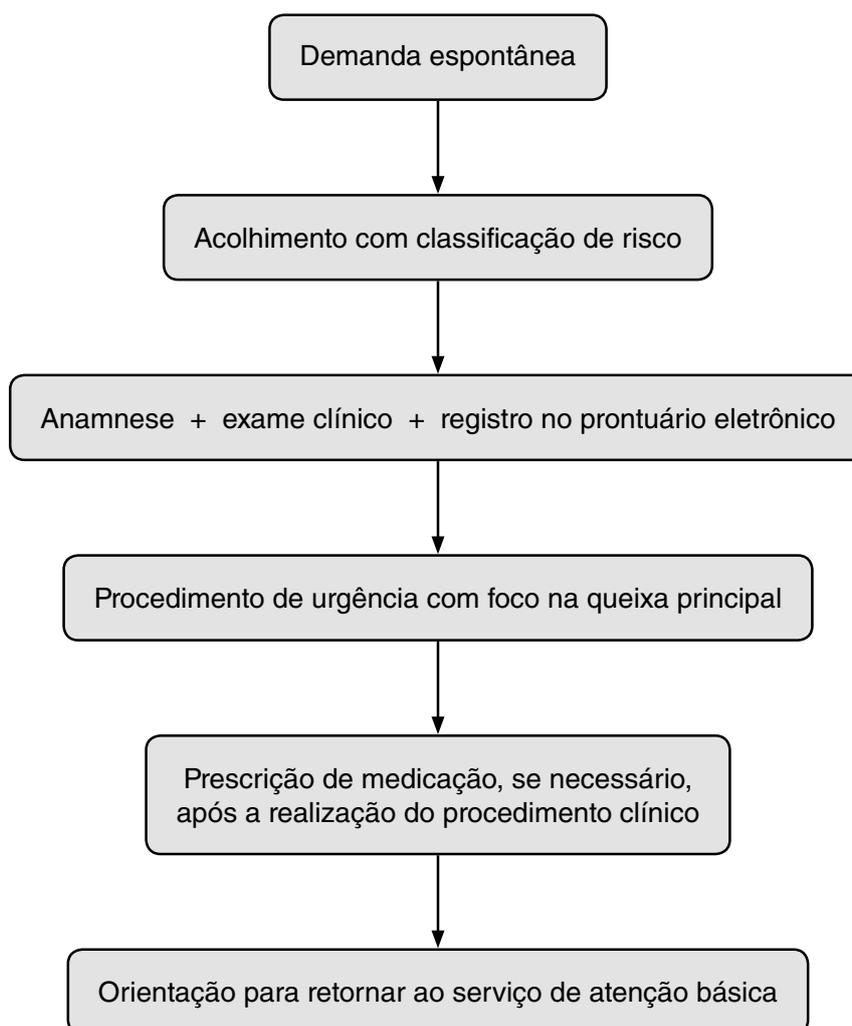
### 3.2.1 Procedimentos realizados pelo profissional da urgência

Tratamento de pulpíte; acesso a polpa coronária, medicação intracanal e selamento provisório dos elementos envolvidos em processos inflamatórios e/ ou infecciosos;
Drenagem de abscessos em caso de processos agudos periodontais e/ou endodônticos;
Eliminação ou controle de outros episódios infecciosos como alveolites e pericoronarite;
Reimplante e/ou contenção de dentes traumatizados;
Cimentação provisória de peças protéticas;
Obtenção de hemostasia;
Sutura de lesões cortantes de mucosa;
Controle de sintomas através de prescrição de medicação;
Dentes com restaurações fraturadas com sintomatologia-- Selamento provisório;
Tratamento de doenças sistêmicas com manifestações orais (candidose, herpes simples, dentre outras);
Ajuste de oclusão.

### 3.2.2 Local de funcionamento das UPA

UPA	TELEFONE
UPA Esperança	3232-2369
UPA Pajuçara	3614-5180

### 3.2.3 Fluxograma de atendimento às urgências



Ao final do tratamento, o especialista deverá encaminhar o usuário ao serviço de atenção básica com a ficha de contra-referência devidamente preenchida e assinada.

### 3.3 Centros de Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade.

Em Natal, os CEO são referência para os cinco Distritos Sanitários, respeitando-se o fluxo de marcação que se dá através do Sistema de Regulação- SISREG. O atendimento no CEO é organizado a partir dos protocolos das especialidades, monitorado e avaliado através do Sistema de Informação em Saúde -SIA-SUS.

O encaminhamento ao CEO deverá obedecer os critérios de especialidade e territorialização (mais próximo do usuário).

### **Padrões de Segurança / Precauções**

- Realizar o acolhimento de maneira segura a todos os usuários de Natal que buscarem realizar marcação junto a regulação nas unidades básicas de saúde da capital;
- Solicitar a ficha de referência preenchida pelo dentista da Atenção Básica, cartão SUS, comprovante de residência e identidade aos usuários que necessitem de agendamento;
- Serão disponibilizadas vagas de primeira vez, no Sistema de Regulação - SISREG III, separadas por categorias profissionais.

### **3.3.1 Como solicitar consultas especializadas e exames de raio-X para o CEO**

Descrição do procedimento

1. O usuário ou acompanhante deverá se dirigir ao setor de regulação na atenção básica portando os documentos necessários para realizar o agendamento pelo SISREG.
2. O usuário será agendado via SISREG para a especialidade da odontologia para os serviços de referência.

#### **OBSERVAÇÃO**

**Para os casos que previamente necessitem de radiografias, estas devem ser primeiramente solicitadas pelo profissional e posteriormente, com o raio-x em mãos, o paciente poderá solicitar marcação para a especialidade requerida.**

Após a solicitação inserida no SISREG, o usuário será informado pelos profissionais responsáveis da sua Unidade de Saúde a data do seu agendamento.

### **3.3.2 Locais onde são oferecidos os serviços de radiologia odontológica**

#### **1-Centro Odontológico Morton Mariz de Faria**

Telefone:(84) 3232-8595

#### **2-Centro de Especialidades Integradas - Policlínica Norte**

Telefone: (84) 3232-8595.

**3-Unidade Básica de Candelária**

Telefone:(84) 3232-8295

**4-Unidade Básica de Mirassol**

Natal - Telefone: (84) 3232-8292

### 3.3.3 Locais de funcionamento dos CEO

CEO da Policlínica da Zona Norte- Tipo II

**Telefone:** (84) 3232-8595.

CEO da Policlínica Esperança- Tipo II

**Telefones:**(84) 3232-5628 e 3232-1180.

CEO Morton Mariz de Faria- Tipo III

**Telefone:**(84) 3232-8595

### 3.3.4 Procedimentos para Atendimento em Endodontia

#### 3.3.4.1 Critérios de encaminhamento

O usuário deve ser encaminhado através da unidade de saúde pelo SISREG;

A unidade de saúde e UPAs ficam responsáveis pelas intercorrências de urgência até o início do tratamento endodôntico no CEO;

O agendamento será feito via SISREG, pela Unidade de Saúde solicitante, acompanhado de exame radiográfico.

Proceder o preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, penetração desinfetante, curativo de demora e restauração provisória;

Estabilizar o quadro clínico endodôntico ou periodontal e medicar o paciente antes de encaminhá-lo ao serviço especializado;

Encaminhar somente dentes permanentes;

Quando o dente necessitar de prótese, verificar com o paciente seu real interesse em manter o dente e viabilizar a condição de dar prosseguimento ao tratamento;

Não encaminhar dente com o periodonto severamente agravado;

#### OBSERVAÇÃO

**Não encaminhar dentes com impossibilidade de tratamento (dentes com envolvimento de furca, destruição total de coroa, dentes com mobilidade grau III, dentre outros).**

#### 3.3.4.2 Indicação de tratamento

Em decorrência da alta demanda para tratamento especializado devem ser consideradas prioridades para o encaminhamento ao CEO:

Dentes que comprometam a estética e função principalmente no adolescente;

Dentes reimplantados ou dentes que sofreram trauma;

Primeiro molar permanente que não foi revertido com o tratamento de pulpotomia realizado na unidade de saúde;

Dentes permanentes (mono, bi ou multi radiculares).

#### 3.3.4.3 Número de Procedimentos

De acordo com a Portaria Ministerial Nº 1464/2011, o número de procedimentos recomendados são de:

- CEO Tipo II: 60 procedimentos/mês
- CEO Tipo III: 95 procedimentos/mês

#### OBSERVAÇÃO

**Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia, é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: Obturação e/ou retratamento em dentes permanentes com 3 ou mais raízes.**

#### 3.3.4.4 Procedimentos realizados pelo endodontista

Obturação canal e/ou retratamento de dente permanente unirradicular;

Obturação canal e/ou retratamento de dente permanente birradicular;

Obturação canal e/ou retratamento de dente permanente com três ou mais raízes;

Selamento de perfuração radicular;

Obturação de dente decíduo.

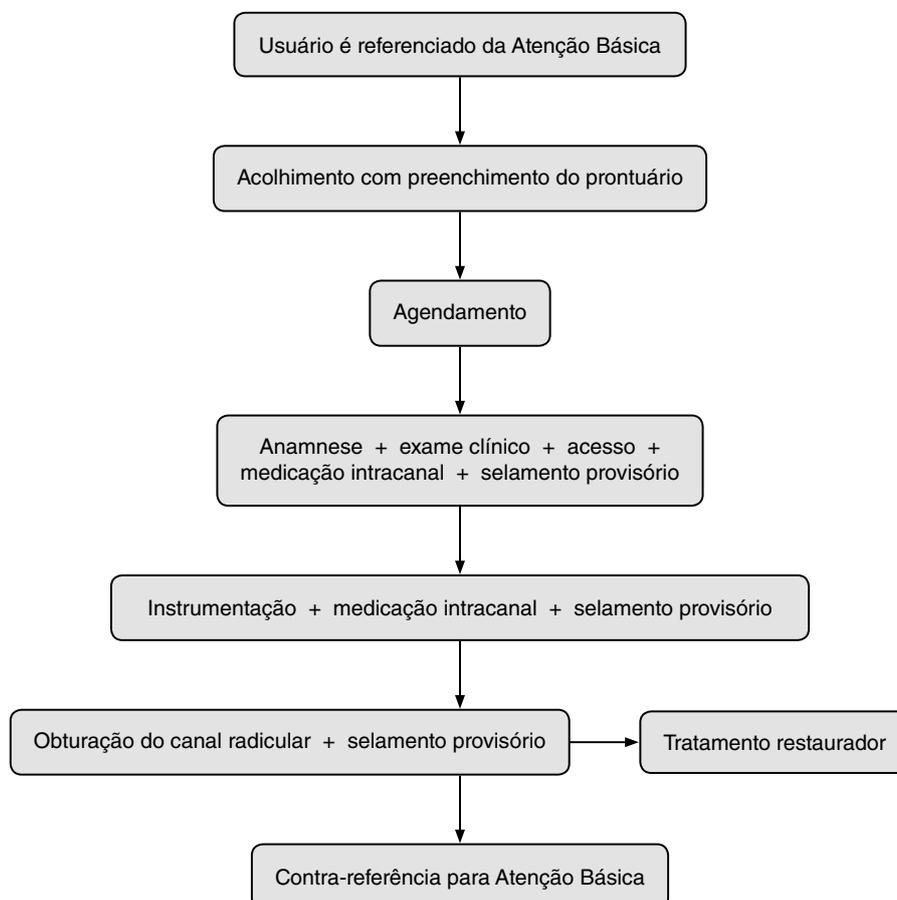
### 3.3.4.5 Recomendações após a conclusão do tratamento endodôntico

O especialista deve preencher a ficha de contra-referência, carimbar, assinar e enviar pelo usuário, para o CD que está acompanhando o tratamento na unidade de saúde de origem.

As emergências pós-tratamento endodôntico devem ser encaminhadas ao serviço que realizou o tratamento para que o especialista avalie a condi o do processo instalado.

- Devido à grande demanda pelo tratamento endodôntico, o retratamento, selamento de perfura o radicular e tratamento de reabsor o radicular interna e/ou externa não serão realizados, salvo nos casos em que o tratamento tenha sido realizado no CEO e pelo mesmo profissional.

### 3.3.4.6 Fluxograma de atendimento em Endodontia



### 3.3.5 Procedimentos para Atendimento em Periodontia

#### 3.3.5.1 Critérios de encaminhamento

Doenças periodontais com bolsas acima de 4mm;

Necessidade de tratamento cirúrgico periodontal;

Processos periodontais agudos (avaliação de mobilidade, pericoronarite, GUN, entre outros).

#### 3.3.5.2 Procedimentos a serem realizados pelo CD da Atenção Básica antes do encaminhamento ao CEO

Raspagem corono-radicular;

Preservação deste primeiro tratamento através do controle do biofilme, profilaxia e orientações de higiene oral;

Respeitar a vontade do paciente: encaminhando somente aqueles que tenham interesse no tratamento;

Remoção de fatores retentivos de placa (adequação do meio com ionômero ou IRM);

#### 3.3.5.3 Número de procedimentos

De acordo com a Portaria Ministerial N° 1464/2011, o número de procedimentos recomendados são de:

- CEO Tipo II: 90 procedimentos/mês
- CEO Tipo III: 150 procedimentos/mês.

#### 3.3.5.4 Procedimentos realizados pelo Periodontista

RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;

ENXERTO GENGIVAL;

GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

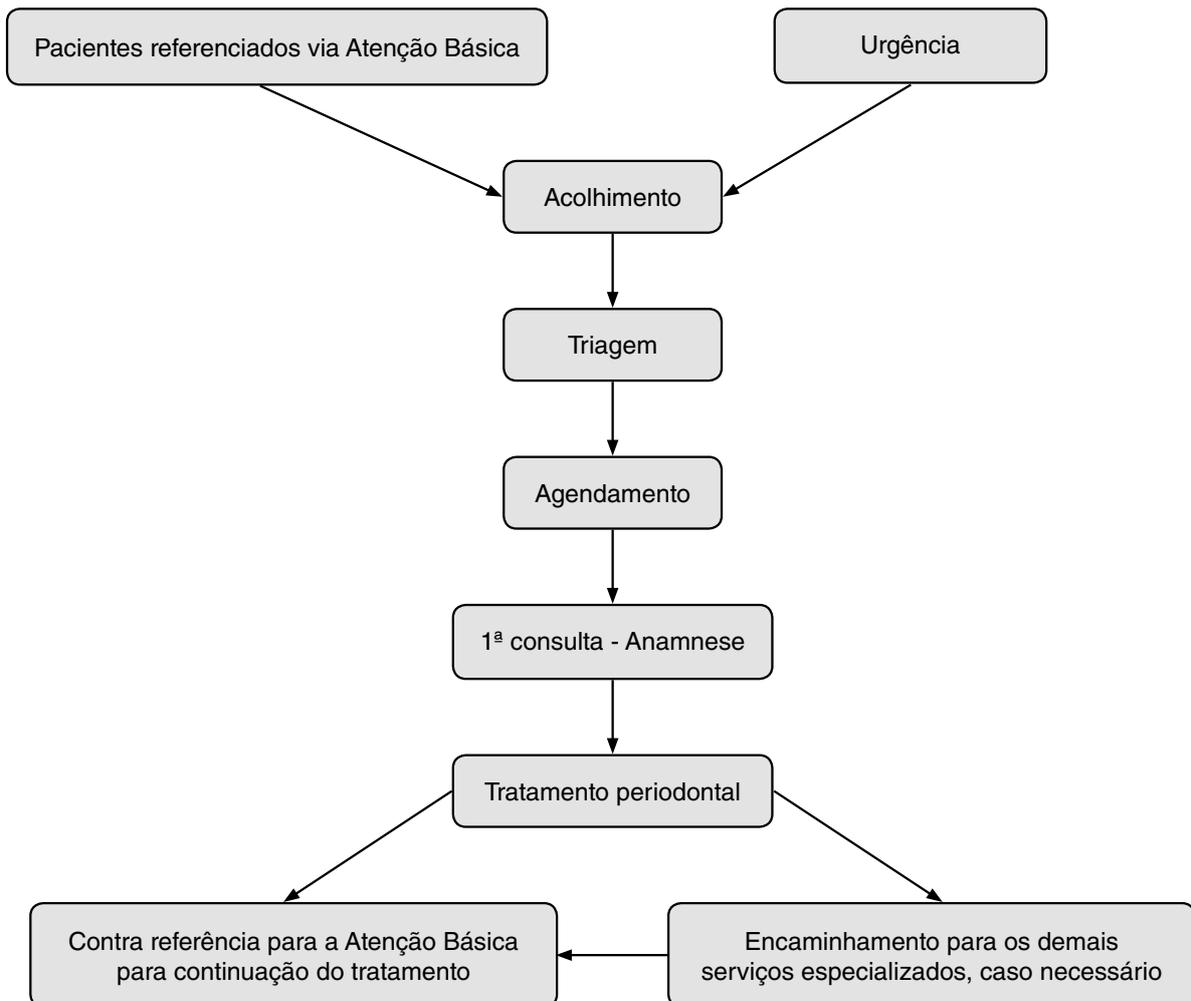
GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);

TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

### 3.3.5.5 Recomendações após a conclusão do tratamento periodontal

O especialista deve preencher a ficha de contra-referência, carimbar, assinar e enviar pelo usuário, para o CD que está acompanhando o tratamento na unidade de saúde de origem.

### 3.3.5.6 Fluxograma de atendimento em Periodontia



### 3.3.6 Procedimentos para Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais

#### 3.3.6.1 Critérios de encaminhamento

Realizar avaliação do usuário para garantir a inclusão do mesmo nos critérios estabelecidos pela especialidade;

Considerar pacientes com necessidades especiais, o usuário que apresenta desvio ou limitações no padrão de normalidade, quer seja de ordem mental, física, sensorial, comportamental, crescimento ou social, ao ponto de não se beneficiarem dos programas assistenciais de rotina;

Ainda que existam alguns grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas unidades básicas de saúde. Quando necessário deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de laudo odontológico detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional.

### 3.3.6.2 Critérios de elegibilidade

Pacientes que passaram pela Atenção Básica e foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto a necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;

Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento na unidade de saúde;

Deficiência mental, deficiência física: Paralisia cerebral, Acidente Vascular Encefálico, lesão medular, paralisia infantil, miastenia grave, artrite reumatóide, raquitismo, distrofia muscular, anomalias congênitas, microcefalia, deformidades, síndromes mal formativas;;

Distúrbios do neuro desenvolvimento – transtorno do espectro autista, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade;

Outras situações não descritas que podem ser pactuadas mediante relatório detalhado e assinado pelo profissional;

Transtornos psiquiátricos, neurológicos e comportamentais;

Distúrbios sensoriais e de comunicação - deficiência auditiva, visual e fala que apresentem limitações para o atendimento na atenção básica.

Doenças sistêmicas crônicas - diabetes mellitus, cardiopatias, epilepsia, doenças hematológicas, oncológicas, insuficiência renal crônica e diálise, doenças auto-imune, transtornos convulsivos, transplantados;

- Pacientes com hipertensão, diabetes mellitus, HIV/AIDS, hepatites virais, tuberculose compensados, devem ser atendidos na atenção básica, assim como gestantes sem alterações sistêmicas e/ou psíquicas.

Doenças infectocontagiosas - HIV/AIDS, hepatites e tuberculose desde que estejam descompensados.

### 3.3.6.3 Número de Procedimentos

De acordo com a Portaria Ministerial N° 1464/2011, o número de procedimentos recomendados são de:

- CEO Tipo II: 110 procedimentos/mês
- CEO Tipo III: 190 procedimentos/mês

#### OBSERVAÇÃO

**Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos, é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% dos seguintes procedimentos restauradores: Restauração de dente decíduo e/ou de dente permanente anterior e/ou de dente permanente posterior.**

### 3.3.6.4 Procedimentos realizados pelo especialista em pacientes especiais

APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

CAPEAMENTO PULPAR;

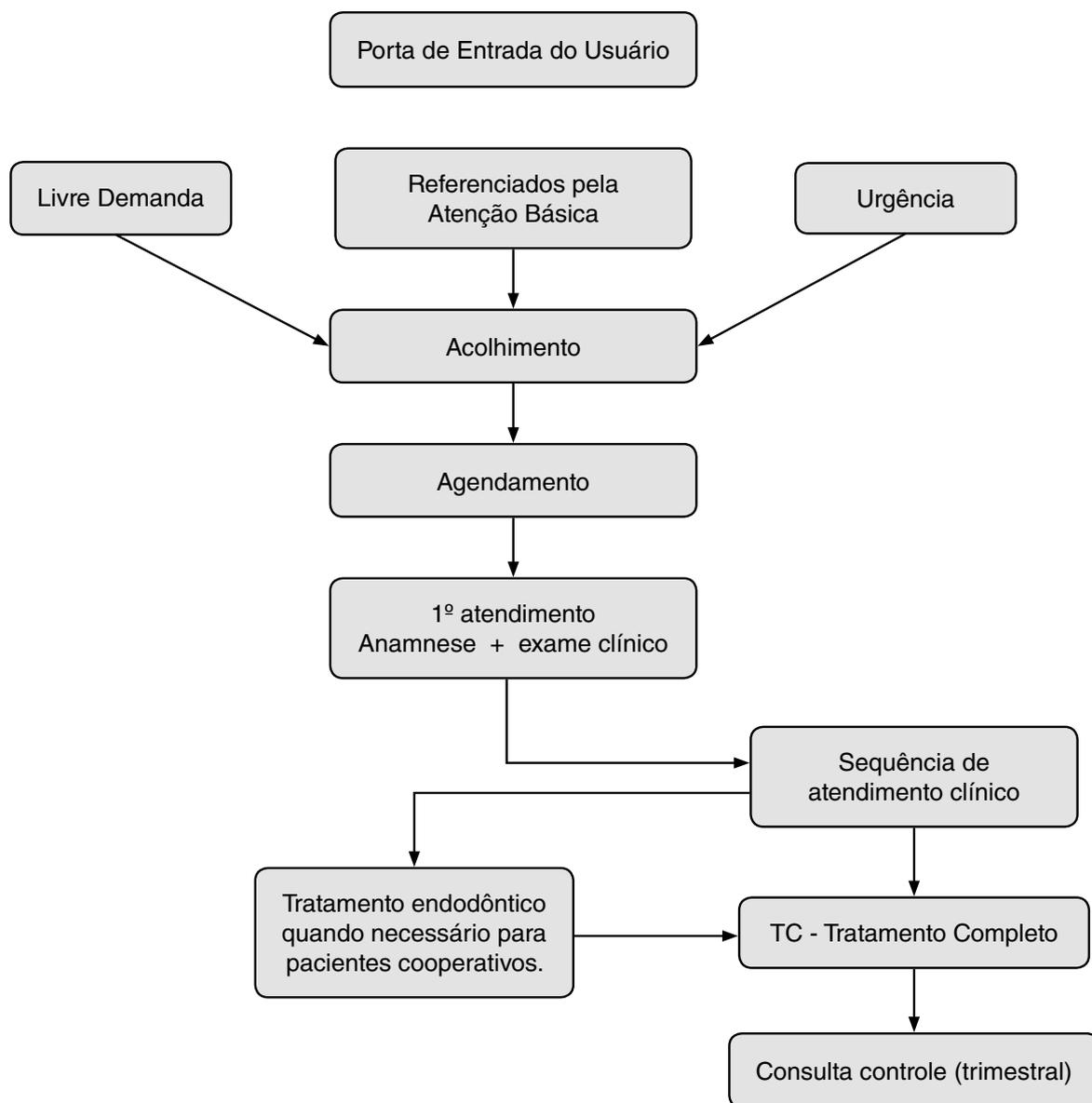
RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

PULPOTOMIA DENTÁRIA;
RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

### 3.3.6.5 Fluxograma de atendimento para Pacientes Especiais



### 3.3.7 Procedimentos para Atendimento em Odontopediatria

#### 3.3.7.1 Critérios de encaminhamento:

Deverão ser encaminhadas crianças com idade até 12 anos que não cooperam com o atendimento clínico na Unidade Básica de Saúde ou que possua uma condição clínica que justifique o encaminhamento;

Deverá ser feita no mínimo 2 ou 3 tentativas de atendimento/condicionamento, caso não surtam efeito deverão ser encaminhadas ao CEO;

Enviar justificativa com as datas e as tentativas de atendimento.

#### 3.3.7.2 Procedimentos realizados pelo Odontopediatra

PULPOTOMIA EM DECÍDUOS OU PERMANENTE E SELAMENTO PROVISÓRIO;

EXODONTIA EM DENTE DECÍDUO EM PACIENTES COM DIFICULDADE DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA;

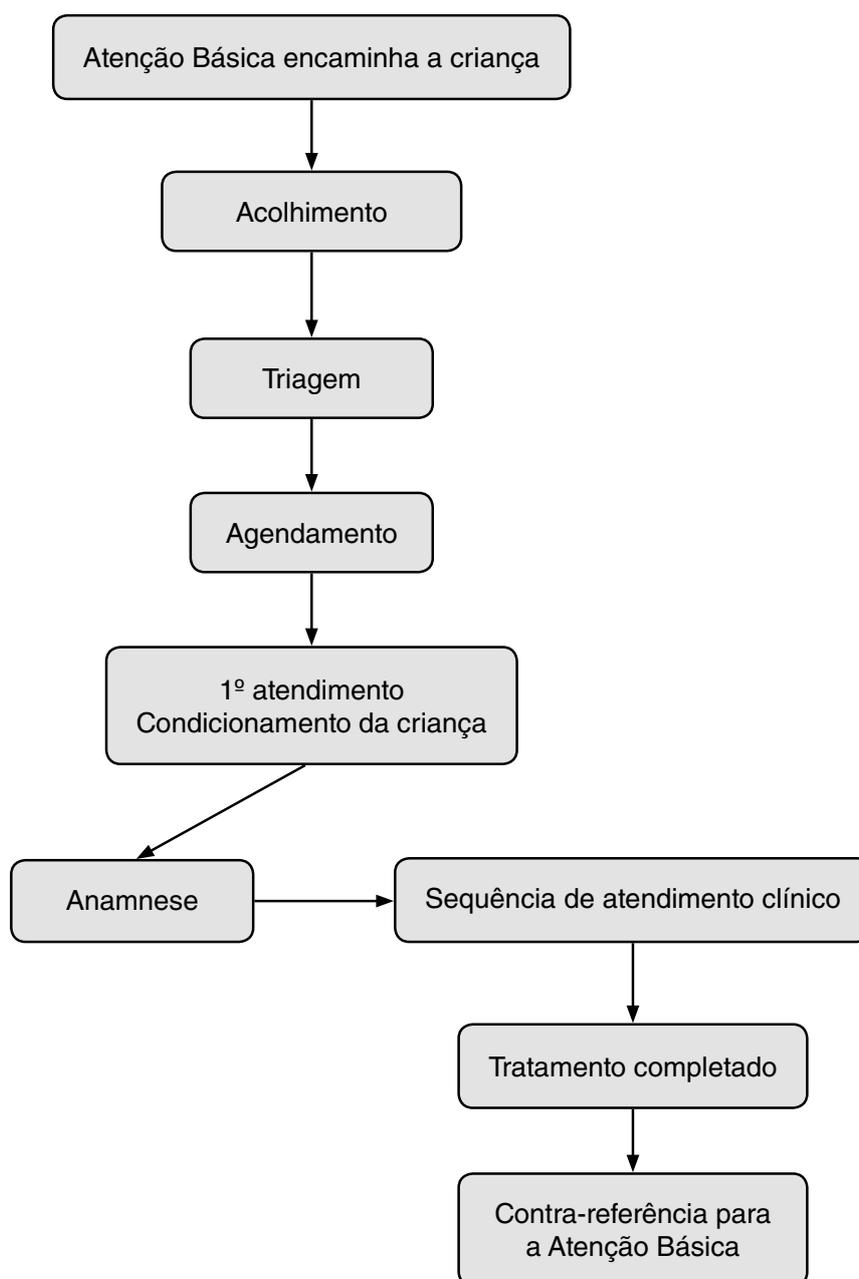
TRATAMENTO DA CÁRIE AGUDA OU CRÔNICA;

ULOTOMIA E ULECTOMIA;

URGÊNCIAS EM ODONTOPEDIATRIA (TRAUMAS, FRATURAS, SUTURAS INTRA ORAL, DOR);

OUTROS PROCEDIMENTOS QUE NÃO FORAM POSSÍVEIS REALIZAR NA ATENÇÃO BÁSICA POR FALTA DE COOPERAÇÃO DO USUÁRIO.

### 3.3.7.3 Fluxograma de atendimento em Odontopediatria



### 3.3.8 Procedimentos para Atendimento em Cirurgia Buco Maxilo Facial

#### 3.3.8.1 Critérios de encaminhamento

Cabe ao cirurgião-dentista generalista (clínico geral) a seleção dos casos que serão encaminhados ao especialista. De maneira geral os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico como: herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidose e queilite angular. Caso o serviço tenha capacitado os clínicos, as demais lesões devem ser diagnosticadas e podem ser tratadas;

O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado ao serviço especializado deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal, incluindo remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares dependendo da localização, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e RAP supragengival);

Paciente que passou por um atendimento de urgência também deve seguir os mesmos passos citados anteriormente;

- Nos casos de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente.

### 3.3.8.2 Procedimentos realizados pelo Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS;
CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;
REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR;
RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;
RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;
FRENECTOMIA;
SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;
DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;

EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;
RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILO-MANDIBULAR;
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL
APIPECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
CURETAGEM PERIAPICAL;
ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
GLOSSORRAFIA;
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
ULOTOMIA/ULECTOMIA.
TRATAMENTO DE ALVEOLITE;

### 3.3.8.3 Não deverão ser encaminhados ao especialista os casos de:

Exodontias simples (inclusive para finalidade protética);

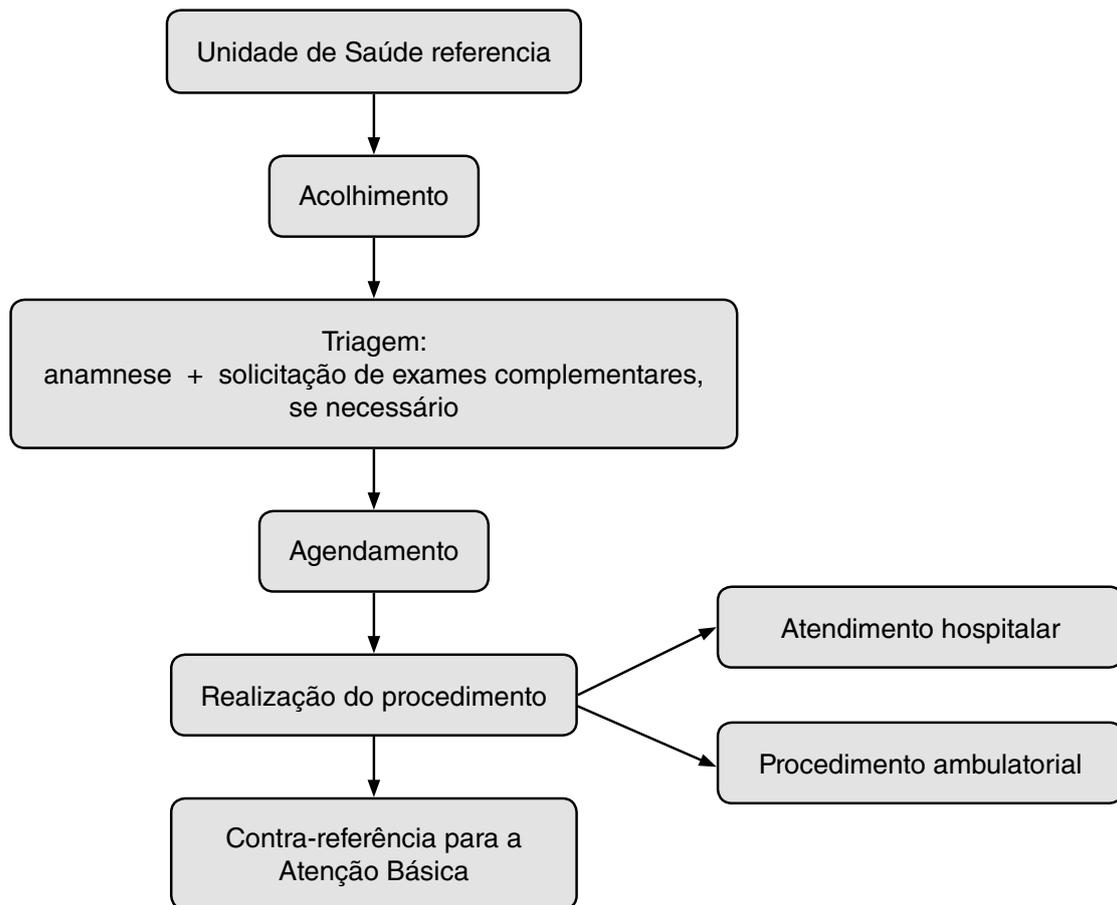
Raízes residuais localizadas em áreas de fácil remoção;

Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e devido tratamento possibilitem sua inclusão e encaminhamento.

**OBSERVAÇÃO**

**Para que o usuário seja encaminhado para cirurgia Buco Maxilo, deverá ser feito previamente o RX.**

### 3.3.8.4 Fluxograma de atendimento em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial



### 3.3.9 Procedimentos para Atendimento em Estomatologia

#### 3.3.9.1 Critérios de encaminhamento

Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;

Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar;

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento;

Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula;

Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

### 3.3.9.2 Procedimentos realizados pelo Estomatologista

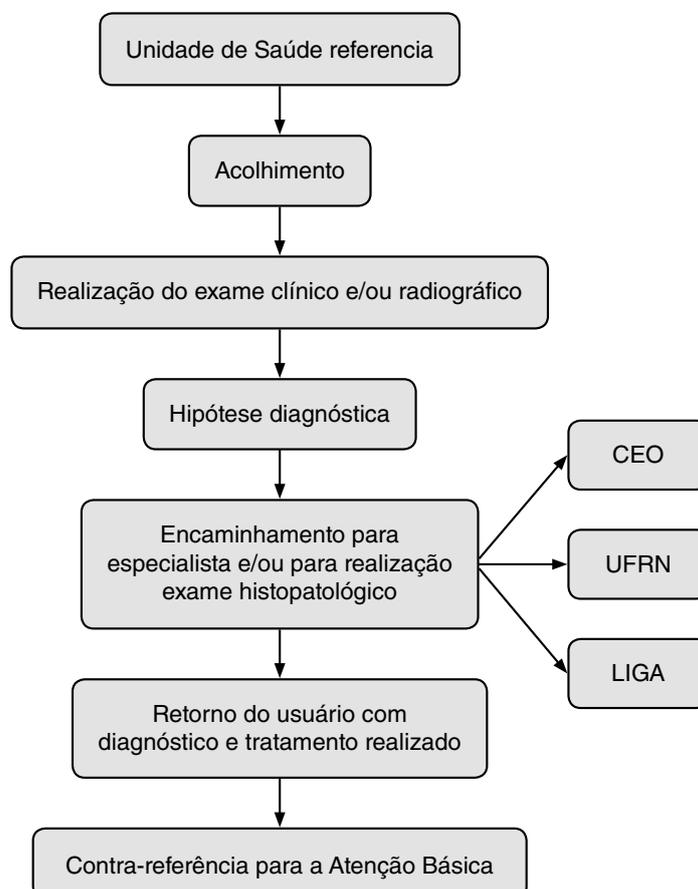
EXAME CLÍNICO E RADIOLÓGICO PARA FINS DE DIAGNÓSTICO;

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS, QUANDO NECESSÁRIO.

\*ENCAMINHAMENTO PARA O ESPECIALISTA E/OU REALIZAÇÃO DO EXAME HISTOPATOLÓGICO;

\*O usuário poderá ser encaminhado para o especialista no próprio CEO ou, dependendo do caso, ser encaminhado para o setor de Patologia Oral da UFRN ou para a Liga contra o Câncer para realização do exame histopatológico.

### 3.3.9.3 Fluxograma de atendimento em Estomatologia





# 4

## Atenção Terciária em Odontologia

**O**s procedimentos de alta complexidade como as cirurgias labio-palatais e ortognáticas são realizadas no Hospital Varela Santiago e Hospital Universitário Onofre Lopes- HUOL, uma vez que são contratualizados pelo município para este fim.





# 5

## Ciclos de Vida

**C**ompreender os ciclos de vida implica reconhecer os aspectos biopsicossociais envolvidos na dinâmica complexa da vida assimilando a lógica de que a pessoa é respeitada em suas condições objetivas e subjetivas. Essa perspectiva tem se firmado progressivamente, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológicas e social.

Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõe-se trabalhar os ciclo de vida que prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhados como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso, de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

## 5.1 Grupo de 0 a 5 anos

Organizar o ingresso de crianças deste grupo etário no sistema, no máximo a partir de 6 meses, aproveitando as campanhas de vacinação, consultas clínicas e atividades em espaços sociais. Desenvolver atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, identificação e encaminhamento das crianças de alto risco ou com necessidades para atenção individual, com ampliação de procedimentos, incluindo os de ortopedia funcional dos maxilares e ortodontia preventiva. Não se recomenda criar “programas” específicos de saúde bucal para esse grupo etário, verticalizados e isolados dos demais programas de saúde. Ao contrário, é altamente recomendável que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional.

## 5.2 Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos)

A atenção deve ser adaptada à situação epidemiológica, identificando e encaminhando os grupos de maior risco para atenção curativa individual. Ressalta-se a necessidade de organizar fluxos para garantir o atendimento aos adolescentes.

## 5.3 Grupo de Gestantes

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos: a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação; b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal; c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo; d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento; e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal; f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

## 5.4 Grupo de adultos

Os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários de trabalho convencionais destes serviços. Estas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias. Sugere-se disponibilizar horários de atendimento compatíveis às necessidades de atenção a este grupo. Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos.

## 5.5 Grupo de idosos

A saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento.

Ao planejar ações para este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso. Como elemento estratégico para ampliar o acesso à assistência, sugere-se a aplicação de tecnologias inovadoras que, a exemplo do tratamento restaurador atraumático (ART) e dos procedimentos periodontais de menor complexidade, possibilitem abordagens de maior impacto e cobertura.





# Antimicrobianos em Odontologia

O manejo da infecção odontogênica apesar da baixa morbidade constitui um dos mais difíceis problemas para o dentista clínico, pois elas podem variar, em um período de tempo muito curto, de baixa virulência e bem localizada que requer tratamento mínimo até uma infecção severa nos espaços fasciais. Com a era dos antibióticos, que teve início a partir de 1943, mas utilização clínica no Brasil começando em 1957 começou-se a criar a crença de que antibióticos eram medicamentos miraculosos, devido ao pouco conhecimento do mecanismo de atuação desses medicamentos nos processos infecciosos (CORTEZI, 1995).

A cavidade bucal é o órgão ecologicamente especial um local que, em função da sua complexidade anatômica, não alberga uma microbiota única, mas várias mi-

crobiotas com diferenças marcantes em suas composições qualitativa e quantitativa sendo a mais complexa de todo nosso corpo. Existem 30 gêneros diferentes abrangendo mais de 500 espécies diferentes, estima-se que em 1g de placa dental existam  $10^{11}$  de microrganismos (PIOVANO, 1999).

Para que ocorra lesão do hospedeiro, não basta que a infecção esteja instalada, são necessários alguns outros fatores como patogenicidade, virulência bacteriana e resistência do hospedeiro. A baixa resistência então caracteriza a suscetibilidade do hospedeiro (DE LORENZO, 2004).

Os antibióticos não substituem os princípios da microbiologia, cadeia de assepsia e esterilização em que se fundamenta a cirurgia. A antibioticoterapia é de extrema importância no tratamento das infecções, pois ajudam as defesas do paciente a erradicar a infecção; encurtam o curso das infecções; permitem intervenções cirúrgicas precoce, diminuem a morbidade e mortalidade do processo. Os antibióticos não erradicam a infecção, pois atuam auxiliando no controle e disseminação de bactérias à sua administração; quem erradica a infecção são as defesas do hospedeiro (WANMACHER, 1999).

## 6.1 Microbiologia das Infecções Odontogênicas

As bactérias causadoras das infecções odontogênicas são residentes normais da flora da cavidade oral que, em condições normais, vivem em equilíbrio sem causar a doença no hospedeiro. Havendo um rompimento neste equilíbrio tem-se início o processo infeccioso (PETERSON, 1998).

## 6.2 Biofilme Dentário

Este constitui uma estrutura altamente organizada, na qual espécies microbianas estão unidas umas às outras, formando conglomerados em uma matriz de polissacarídeos, formando, portanto, um sistema altamente protetor para as espécies nele residentes. A quantidade de antimicrobianos requerida para afetar células no biofilme é significativamente maior do que a quantidade para inibir células com crescimento não organizadas em biofilme (WALKER, 2000).

A infecção odontogênica bacteriana típica, seja periodontal ou periapical, é atualmente considerada mista, pois participam microrganismos aeróbios, anaeróbios facultativos e anaeróbios estritos, com uma prevalência dos anaeróbios (figura 1), sendo improváveis as infecções que apresentam culturas puras, isto é, causadas por apenas um único microrganismo (TOPAZIAN, 1997).

### 6.3 Bactérias Responsáveis pela Infecção Odontogênica

<b>Aeróbios gram positivos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Anaeróbios gram positivos</b>	<b>Frequência</b>
<i>Streptococcus</i>	-	<i>Peptococcus</i>	C
<i>Tipo Viridans</i>	MC	<i>Peptostreptococcus</i>	C
<i>Grupo D</i>	R	-	-
<i>Staphylococcus</i>	R	-	-
<i>Aeróbios gram negativos</i>	-	<i>Anaeróbios gram negativos</i>	-
<i>Haemophilus influenzae</i>	R	<i>Porphyromonas (Bacteroides)</i>	MC
<i>Escherichia coli</i>	R	<i>Prevotella (Bacteroides)</i>	MC
<i>Klebsiella</i>	R	-	-
<i>Eikenella Corrodens</i>	NF	<i>Bacteroides fragilis</i>	R

**Figura 1** - Topazian RG e Goldberg MH Oral and Maxilofacial infections 3ªed., WB Saunders, 1997.

MC: muito comum; C: comum; NF: não frequente; R: rara

### 6.4 Antimicrobianos mais Utilizados na Odontologia

O antimicrobiano ideal para tratamento de uma infecção deve apresentar uma série de características tais como: ser ativo contra os microrganismos envolvidos na infecção, reunir propriedades farmacocinéticas (boa penetração e difusão no sítio da infecção), ser bem tolerado, apresentar poucos efeitos adversos e regimes de dosagem que facilitem a adesão do paciente ao tratamento. A microbiota polimicrobiana das infecções odontogênicas requer o uso de antimicrobianos com atividade sobre ambas as bactérias aeróbias e anaeróbias. Frequentemente faz-se necessária a combinação de antimicrobianos para o alcance de um espectro de atividade (ITZHAK, 2002).

Com o aumento da prevalência de resistência bacteriana, alguns antimicrobianos, anteriormente utilizados no tratamento de infecções da cavidade bucal deixaram de ser efetivos, como o cloridrato de tetraciclina.

Na última década, o número de microrganismos na cavidade bucal resistentes dobrou. Como exemplo, a presença de espécies produtoras de betalactamases em 74-88% de pacientes com periodontite (PIOVANO, 1999).

### 6.4.1 Penicilinas

A efetividade contra anaeróbios facultativos e anaeróbios estritos tornou a penicilina, o antimicrobiano de escolha no tratamento das infecções orais de etiologia microbiana mista. Bactericidas por impedir a formação da parede celular da bactéria (CORTEZI, 1995).

Cuidados: Hipersensibilidade a penicilina contra-indica o uso de Penicilinas. 10 a 15% dos pacientes que têm alergia imediata a penicilina apresenta reação cruzada com cefalosporinas. Altas doses de penicilina podem ocasionar neutropenia, leucopenia e trombocitopenia (Rang & Dale, 1995).

Reações adversas:

Alérgicas: urticária, dermatite esfoliativa, ocasionalmente anafilaxia (muito grave e raro), A ocorrência dessas reações alérgicas é imprevisível, mas de modo geral, quando o indivíduo não reage a sua primeira administração de penicilina, a chance de uma reação à administração subsequente é baixa. Cerca de 10 – 15% dos indivíduos que apresentam uma reação à penicilina reagem ao receberem novamente a droga, reações hematológicas como anemia hemolítica, leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia, agranulocitose são raras, e convulsões e coma igualmente raras

Um dos efeitos colaterais das penicilinas, em especial aquelas de amplo espectro, administradas por via oral é a alteração da microbiota bacteriana intestinal e respiratória. Esta alteração pode associar-se a distúrbios gastrintestinais e, em alguns casos, à superinfecção por microorganismos insensíveis às penicilinas. Candidíase bucal e vaginal também podem ocorrer. Nefrite intersticial que pode se manifestar com febre, rash, eosinofilia, hematúria microscópica, azotemia e oligúria. Em pacientes com comprometimento da função renal, devem ter a dose ajustada (ANVISA, 2005).

### 6.4.2 Amoxicilina

Apresenta atividade contra bactérias Gram-positivas e Gram-negativas, tem boa absorção via oral, a presença de alimentos não influi tanto nesta, níveis séricos maiores e mais duradouros que a ampicilina. Apesar de suscetível às betalactamas produzidas por *estafilococos*, porém esses microrganismos normalmente não são prevalentes nas infecções bucais. Entre os anaeróbios isolados cerca de 20 a 30% são resistentes as penicilinas nesses casos há a alternativa da associação de amoxicilina com ácido clavulânico ou associar amoxicilina ao metronidazol.

## POSOLOGIA:

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto 500	Oral	6-8
875	Oral	12
750 Criança 20-40mg/Kg/peso > 20 Kg - dose de adulto	Oral  Oral	12  8

**AMOXICILINA ASSOCIADA AO ÁCIDO CLAVULÂNICO**

A amoxicilina é um antibiótico de amplo espectro de ação, ou seja, age contra um número grande de bactérias. Porém, sensível à degradação por enzimas como betalactamases e, por isso, o espectro de ação da amoxicilina não inclui os microrganismos produtores dessas enzimas.

DOSE(mg)	VIA/APRESENTAÇÃO	INTERVALO(HORAS)
Adulto Amoxicilina 500+125mg de ácido clavulânico	Oral/comprimidos	6-8
Aoxicilina 875+125mg de ácido clavulânico	Oral/comprimidos	12
150 mg+31,25mg de ácido clavulânico 250 mg+62,505mg de ácido clavulânico	Oral/suspensão	8

O ácido clavulânico é um betalactâmico que tem a capacidade de inativar grande variedade de enzimas betalactamases ligando-se a essas e inativando-as, evitando que amoxicilina seja degradada por essas enzimas e aumenta de forma efetiva o espectro antibacteriano da amoxicilina por incluir muitas bactérias normalmente resistentes a ela e a outras penicilinas e cefalosporinas. Reservado em caso de insucesso com a monoterapia com amoxicilina. (KOROLKOVAS, 2014-2015).

### 6.4.3 Ampicilina

Atividade bacteriana semelhante à amoxicilina, mas com menor atividade em Gram-positivos e maior incidência de efeitos adversos, principalmente (diarreia) além de apresenta absorção menor no trato gastrointestinal. Devido sua pobre absorção pela via oral e baixos níveis séricos, deve ser reservada quando for necessária a via parenteral (Intramuscular e Endovenoso).

Uma importante interação envolve o uso concomitante de antimicrobianos e contraceptivos orais, podendo resultar em perda da eficácia contraceptiva e gravidez inesperada. Os antimicrobianos mais frequentemente relacionados são: as penicilinas, principalmente a *ampicilina* e as tetraciclinas.

Desse modo, o dentista deve adverti-las aos riscos da interação e encaminhá-las ao médico, que é o responsável direto pela orientação sobre outros métodos adicionais de contracepção, tipo barreira mecânica, durante o período em que estiverem tomando o antimicrobiano e por mais sete dias após a interrupção (GIBSON, 1994).

POSOLOGIA:

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto 500mg 4 -12 g/dia	Oral IV IM	6 4-6 4-6
Criança <20Kg 50-100mg/Kg/dia >20Kg-dose adulto	Oral	6

(KOROLKOVAS, 2005-2006)

### 6.4.4 Macrolídeos

Nesse grupo inclui-se a eritromicina, espiramicina e outras drogas relacionadas quimicamente a esta como a claritromicina, roxitromicina. Possui em comum, um anel lactônico de 15 átomos.

A azitromicina pertence a uma nova classe de antibióticos, os azilídeos, e diferem apenas pela inserção de um átomo de nitrogênio no anel lactônico de 15 átomos. Esta reorganização estrutural parece conferir à azitromicina algumas características farmacocinéticas e microbiológicas inovadoras (ANDREDE, 1999).

Os macrolídeos agem inibindo a síntese proteica bacteriana, através da ligação às subunidades 50S dos ribossomos, primariamente são bacteriostáticos. Dependendo da concentração do antibiótico e da espécie bacteriana envolvida, podem exercer ação bactericida (KOROLKOVAS,2006).

Efeitos adversos: A icterícia colestática, sinal de toxicidade hepática, pode se manifestar durante o tratamento com a eritromicina, especialmente quando empregada na forma de estolato (KOROLKOVAS,2006; ANDREDE, 1999; WANMACHER).

Reservado como alternativa para os pacientes *alérgicos às penicilinas*, nas infecções de pequena ou média gravidade. A eritromicina não é a droga de escolha para o tratamento das infecções dentais anaeróbias típicas.

O aparecimento cada vez maior de cepas bacterianas resistentes à eritromicina, tudo indica que estes novos compostos do grupo (claritromicina, roxitromicina e azitromicina), possam se tornar os substitutos naturais da eritromicina, apesar do custo do tratamento ser muito alto. (ROY, 2000)

A azitromicina associada ao preparo químico-cirúrgico é uma boa opção para o tratamento de infecções periapicais agudas com envolvimento sistêmico, estando, portanto indicada para os pacientes alérgicos às penicilinas (TORTAMANO, 2007).

#### POSOLOGIA:

##### ERITROMICINA ESTEARATO / ERITROMICINA ESTOLATO

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto 500mg	Oral	6-8
250mg	Oral	8
Criança 125-250mg	Oral	6

##### CLARITROMICINA

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto 500mg	Oral	12
Criança 125-250mg	Oral	12

ROXITROMICINA (Rotran® Rulid®)

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto 100-150-300 mg	Oral	12
Criança 5-8 mg/Kg/peso/dia	Oral	12

AZITROMICINA(Zitromax®, Azitrax®)

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto *500 mg	Oral	24
Criança *10 mg/Kg/peso/dia	Oral	24

\*Por cinco dias.  
(KOROLKOVAS, 2005-2006).

### 6.4.5 Cefalosporinas

As de primeira geração têm um espectro de ação relativamente próximo do das aminopenicilinas (boa atividade contra as bactérias Gram-positivas, incluindo o estafilococo) e são mais resistentes à hidrólise pelas betalactamases. Algumas cefalosporinas de 1ª geração são sensíveis aos ácidos, como a cefalotina e a cefazolina, pelo que não podem ser administradas por via oral. Outras são resistentes, podendo por isso ser administradas por aquela via (cefalexina, cefradina, cefradoxil). Não constituem primeira escolha em odontologia. As de primeira geração são mais ativas contra germes encontrados na cavidade oral. CUIDADO: Pacientes que têm alergia imediata a penicilina (15-20%), devem evitar a cefalosporina (ANVISA, 2005; Rang & Dale, 1995; YAGIELA, 2000).

Interações importantes: as cefalosporinas em geral podem interagir com diurético de alça (furosemida) resultando em maior nefrotoxicidade; com o hipoglicemizante aumentando a hipoglicemia e contraceptivos hormonais orais anulando seu efeito contraceptivo (BARROS, 2001).

## POSOLOGIA:

AGENTE/DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Cefalexina (keflex®)250-500 mg	Oral	6
Cefradoxil (Cefamox®) 500mg	Oral	12
Cefalotina (keflin®) 500mg-1g	IM	4-6
Cefazolina (kefazol®)500mg-1g	IV/IM	6-8
Criança Cefalexina (keflex®) 125-250mg	Oral	6

### 6.4.6 Clindamicina

Pertence ao grupo das lincosamidas e tem farmacodinâmica similar aos macrolídeos, com estrutura química muito diferente. Inibe a síntese protéica bacteriana atuando no ribossomo 50S. É bacteriostático ou bactericida, na dependência da dose empregada (SUNARDI, 1996).

Não é utilizada em primeira escolha nas infecções odontogênicas e deve ser reservada ao uso em infecções mais graves, por exemplo, naquelas em que ocorre disseminação para mandíbula, maxila e outras regiões da cabeça e pescoço (angina de Ludwig, sinusite maxilar, abscessos retrofaríngeos e parafaríngeos), os microrganismos aí presentes parecem apresentar maior sensibilidade a clindamicina, a qual mostrou ser mais eficaz que a penicilina em alguns estudos. A presença de cepas de *Prevotella melaninogenica* é causa provável do insucesso com penicilinas (FUCHS, 2004; WANMACHER, 1999).

## CLINDAMICINA (Dalacin C ®)

## POSOLOGIA:

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto 150-300mg 600-900	Oral	6
Criança 8-20mg/Kg/peso	Oral	8

### 6.4.7 Metronidazol

Foi sintetizado no final da década de 50, com espectro de ação voltado para protozoários (*Trichomonas sp*, *Giardia sp* e *Entamoeba*). Na década de 60, descobriu-se sua utilidade também contra germes anaeróbios, a ponto de se tornar hoje um dos anaerobicidas de maior uso no ambiente hospitalar (BARROS, 2001).

Metronidazol tem ação bactericida atuando no DNA bacteriano. Segundo (WANMACHER, 1999) suas indicações estão condicionadas ao seu espectro de ação, abrangendo bactérias anaeróbias presentes especialmente no periodonto, e eficácia farmacológico - clinica comprovada mas não deve ser usado como agente único, exceto em GUNA e periodontite avançada, pois é altamente ativo para bacilos Gram-negativos anaeróbios e espiroquetas mas moderadamente ativo para cocos anaeróbios e não é ativo para microrganismos aeróbios, incluindo *Streptococcus*. (BARROS, 2001, WANMACHER, 1999).

Efeitos adversos: Metronidazol possui efeito mutagênico e carcinogênico em animais de experimentação. O risco preciso para seres humanos não está claro. Não possui efeito mutagênico quando usado em baixas doses por períodos de 7 a 10 dias.

Sintomas gastrintestinais leves (náuseas, epigastralgia, anorexia) ocorrem em 12% dos pacientes. Também têm sido relatados gosto metálico, neuropatia periférica, cefaléia, tontura, vertigem, xerostomia, estomatite e glossite. Deve ser evitado em grávidas e recomenda-se a suspensão da amamentação durante e até dois dias após o uso de metronidazol (ANVISA, 2005).

Interações mais importantes:

Durante a terapia com metronidazol o paciente deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas devido a produção de reações similares às do dissulfiram, caracterizadas por náuseas, vômito, cólica abdominal e cefaléia. Cuidado com os elixires, pois os mesmos contêm álcool em sua composição, inibe o metabolismo da varfarina e outros anticoagulantes cumarínicos, prolongando o tempo de protrombina e aumentando o risco de sangramento (ANVISA, 2005).

#### ASSOCIAÇÃO COM AMOXICILINA

Esta combinação representa uma associação de compostos de amplo espectro, de um lado, o metronidazol inibindo bactérias anaeróbias Gram-negativas (10-25% resistentes as penicilinas) e, do outro, a amoxicilina inibindo anaeróbias facultativas e aeróbias. Foi demonstrado que existe um efeito sinérgico entre o metronidazol, a amoxicilina e o hidroximetabólito do metronidazol contra o *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (VAN, 1991).

POSOLOGIA: (ASSOCIAÇÃO AMOXICILINA/METRONIDAZOL)

DOSE(mg)	VIA	INTERVALO(HORAS)
Adulto Amoxicilina 500mg Metronidazol 250mg	Oral	6-8 8
Criança Amoxicilina 20-400mg/Kg/peso Metronidazol 7,5mg/Kg/peso	Oral	8 8

### 6.4.8 Tetraciclinas

As tetraciclinas são antibióticos primariamente bacteriostáticos. O uso abusivo dessas drogas nos anos seguintes ao seu lançamento levou ao aumento de resistência, restringindo sua utilidade (BARROS, 2001).

Atualmente não são considerados primeira escolha em infecções corriqueiras em odontologia. Sua principal indicação é o tratamento de periodontite de estabelecimento precoce em adolescentes e adultos jovens, cujo agente causal predominantemente é o *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (CHRISTERSSON, 1993).

Alguns derivados da tetraciclina como minociclina e a doxiciclina oferecem maiores vantagens ao Cloridrato de tetraciclina (HCL). Uma destas vantagens é terem uma meia vida prolongada e serem excretadas através da urina lentamente em relação à tetraciclina\_HCL. Podem ser prescritas em doses baixas e menos freqüentes.

Deve ser evitado obrigatoriamente em crianças menores de 8 anos, pois ocasiona retardo do crescimento ósseo e descoloração dos dentes. Também as grávidas são particularmente susceptíveis à lesão hepática grave induzida por tetraciclinas.

A absorção destes derivados de tetraciclinas não sofrem inibição dos alimentos, assim não são necessárias instruções específicas ao paciente em relação à alimentação. A doxiciclina também produz menos efeitos colaterais gastrintestinais e menor efeito sobre a flora intestinal (FUCHS, 2004) A tetraciclina como outros antibióticos podem reduzir a eficácia dos contraceptivos orais (BACK, 1990).

TETRACICLINA (Cloridrato de Tetraciclina® Vibramicina® Minomax®)

POSOLOGIA:

<b>DOSE(mg)</b>	<b>VIA</b>	<b>INTERVALO(HORAS)</b>
Adulto		
Tetraciclina 250-500mg	Oral	6
Minociclina 100mg	Ora	12
Doxiciclina 100mg	Oral	12-24



# 7

## Infecções/Inflamações mais Comuns na Prática Clínica Odontológica

### 7.1 Abscessos

O uso de antibiótico sistêmico só é recomendado quando há sinais locais de disseminação do processo infeccioso (ex. linfadenite, celulite, trismo), ou de ordem sistêmica (febre, taquicardia, etc.) (ANDRADE, 1999) o tratamento de manutenção depende do curso da infecção, em média 5 dias (ANDRADE, 1999). Segundo (WAN-MACHER, 1999) o período de manutenção da antibioticoterapia deve ser no MÁXIMO 07 dias, podendo se estender por mais tempo dependendo da severidade do caso.

Um nível tecidual adequado é conseguido somente 48h depois de iniciada a terapia, portanto, não se deve pensar em trocar o antibiótico antes desse período com a justificativa de ineficácia da droga, não é demais lembrar que nos abscessos apicais agudos localizados ou apresentando fístulas, sem sinais de disseminação ou manifestações sistêmicas, NÃO se recomenda o uso de antibióticos.

Infecções leves a moderadas: a 1ª opção é a amoxicilina; em pacientes com histórico de alergia a penicilina, recomenda-se a Azitromicina (ANDRADE, 1999; SILVA et al, 2000; MENEZES et al, 2002; RALDI et al, 2002).

Infecções severas: a 1ª opção é a associação de amoxicilina + Clavulanato de potássio (MENEZES et al, 2002; SALGADO et al, 2003; ANDRADE, 1999), ou a associação de amoxicilina + metronidazol, pois este tem excelente penetração em tecido ósseo e áreas de abscesso (SILVA et al, 2000). A clindamicina, devido a seu espectro de atividade antibacteriana e a sua excelente penetração no tecido ósseo (MENEZES et al, 2002) é considerada pelos autores a droga de eleição para tratamento de infecções endodônticas em pacientes alérgicos às penicilinas e nos casos resistentes a estes (ANDRADE, 1999; SILVA et al, 2000; WANNMACHER, 1999).

## 7.2 Pericoronarite

Por diversas razões anatômicas, erupção parcial, má posição, proximidade da borda anterior do ramo, as coroas dos terceiros molares e ocasionalmente de outros dentes podem ficar recobertas por uma quantidade considerável de gengiva e, algumas vezes, mucosa.

O espaço potencial entre o tecido mole e a coroa funciona como uma bolsa gengiva ou pseudo bolsa que pode ser de profundidade e volume consideráveis. Além disso, estas bolsas podem ter um acesso muito limitado à cavidade bucal. Uma microbiota subgengival diversa e extensa coloniza estas bolsas, e não é de se surpreender que a inflamação gengival esteja quase sempre presente. Não diferentemente das bolsas em outros locais da boca. Estas regiões podem ser agudamente infectadas e sintomáticas e são então chamadas *pericoronarites*. Embora estas lesões lembrem os abscessos periodonciais. Elas diferem em vários aspectos (NITZAN, 1985).

Devido principalmente a sua frequente impactação parcial e a proximidade com a borda anterior da mandíbula, a pericoronarite preponderantemente afeta os terceiros molares inferiores e em menor grau os terceiros molares superiores. Esta predileção pelos terceiros molares explica a em grande parte parte a idade mais frequente de ocorrência. A vasta maioria dos casos de pericoronarite ocorre em adultos

jovens; um estudo recente em 245 pacientes constatou que 81% tinham idades entre 20 e 29 anos e 13% entre 30 e 39 anos (TOPAZIAN, 1997).

#### TRATAMENTO:

O tratamento da pericoronarite é direcionado ao controle da infecção. As estratégias usadas dependem da severidade e da extensão de disseminação para além do local primário

Pericoronarite bem delimitada sem comprometimento sistêmico:

O tratamento consiste em fazer curetagem leve e irrigação com soro fisiológico (NaCl 0,9%), usando uma seringa com agulha de ponta romba, uma vez ao dia até remissão dos sintomas. Deve-se tomar cuidado durante a irrigação para evitar a penetração dos tecidos com a agulha ou alta pressão, o que poderia forçar flúidos para dentro dos tecidos ou espaços teciduais.

Pericoronarite severa com evidências de disseminação regional:

Presença de linfadenite, febre, ou celulite, insônia, anorexia, trismo, inapetência, deverá ser tratada como descrito acima. Além disso, a antibioticoterapia deve ser iniciada imediatamente. A amoxicilina é a primeira escolha.

### 7.3 Gun

A GUN, gengivite ulcero necrosante; doença de plaut-vincent; gengivite fusoespiralar; boca de trincheira difere das outras infecções periodontais por apresentar necrose interdental. Sangramento espontâneo ou levemente provocado, dor, ulceração pseudomembranas nas áreas das papilas, odor fétido. A etiologia bacteriana (anaeróbia; polimicrobiana principalmente *Fusobacterium nucleatum* e *Treponema denticola*).

Fatores predisponentes: estresse, desnutrição, doenças debilitantes, imunossupressão, fumo, acúmulo de biofilme.

#### TRATAMENTO:

Resolução do caso agudo: debridamento mecânico suave: remoção do biofilme dental e de cálculos mais superficiais.

Agentes antimicrobianos: (clorexidina 0,12% para bochechos, e nos casos mais graves antibióticos sistêmico: amoxicilina; doxiciclina; metronidazol), e intruções de higiene oral.

## 7.4 Candidose Oral

A candidose representa a condição patológica mais frequente (98% dos casos) dentro do grupo de lesões brancas da mucosa oral.

Etiologia: *Candida sp.* faz parte da flora normal em 40-60% da população. A queilite angular é uma variante da candidose que atinge as comissuras labiais. É frequente em pacientes idosos que fazem uso de prótese dentária por perda da dimensão vertical dos lábios (DE LORENZO, 2004).

Fatores predisponentes locais como higiene oral precária, prótese dentários, e sistêmicos como diabetes, gravidez, neoplasia disseminada, corticoterapia, radio e quimioterapia, imunodepressão (incluindo HIV), antibioticoterapia podem levar a quebra da barreira epitelial. Normalmente atinge os extremos da faixa etária (crianças e idosos) (ANDREW, 2006).

Quadro clínico: pode-se apresentar nas formas pseudomembranosa (forma mais comum), atrófica aguda, crônica, e hiperplásica. Candidose mucocutânea se manifesta como a forma pseudomembranosa com característica familiar, autossômica recessiva (ZAW, 2006)

### TRATAMENTO:

Além de afastar fatores locais e sistêmicos predisponentes podem ser utilizados gargarejos de nistatina tópica a (5 ml) 5 vezes ao dia por 2 semanas, continuando o uso por uma semana após o desaparecimento das lesões.

Reserva-se a anfotericina B para candidose disseminada na dose de 0.4-0.6mg/kg/dia; exigindo monitoramento da Uréia/Creatinina, ECG e hemograma por ser uma droga nefrotóxica, cardiotóxica e mielotóxica. Pode-se associar flucitosina.

Outras opções terapêuticas incluem o uso de fluconazol na dose de 200 mg por via oral seguido por uma dose diária de 100 mg até 10 a 14 dias após a regressão da doença, sendo a dose dobrada para as formas sistêmicas de candidose. Cetoconazol também pode ser empregado, nas doses de 200 mg/dia ou 400 mg/dia para as formas mais resistentes, mantendo-se também por cerca de 10 dias após a regressão da doença.

Em imunossuprimidos deve ser usado cetoconazol na dose de 400mg/dia, durante um mínimo de 20 dias. Próteses devem pernoitar em solução com hipoclorito, clorexidina a 2%.

## 7.5 Herpes Simples

Etiologia: O HERPES SIMPLES VÍRUS (HSV) é um DNA vírus classificado em tipos I e II. O tipo I está mais freqüentemente associado às lesões orais e o tipo II, às lesões genitais, porém também pode ocorrer o contrário. Lesões concomitantes podem aparecer com qualquer tipo de HSV. A transmissão se dá através de contágio com fluidos corporais infectados. O período de incubação é de geralmente sete dias (variando de 1 a 26 dias). O vírus atravessa a barreira mucosa, migra através da bainha periaxonal, retrogradamente, até atingir o gânglio trigeminal, onde permanece latente até a reativação. A reativação pode ocorrer em resposta a uma variedade de estímulos, (exposição solar, stress emocional e resposta ao trauma).

Quadro clínico: as duas principais manifestações clínicas são a gengivoestomatite herpética primária e as infecções recorrentes (WHITELY, 2002).

A GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA é vista geralmente em crianças entre 2 e 5 anos, soronegativas ou adultos sem exposição prévia. Na maioria dos casos, é uma infecção subclínica ou com pequenas manifestações, usualmente atribuídas à erupção de dentes. Quando há maior sintomatologia, estomatite e faringite são as manifestações primárias mais freqüentes. Pode ocorrer febre, artralgia, cefaléia e linfadenopatia (principalmente submandibular) (STEVE, 1999).

O quadro primário é altamente doloroso, mas auto-limitado, com duração de 1 a 3 semanas. Infecções recorrentes variam de 16% a 45% dos casos, no grupo etário adulto. São desencadeados por luz ultravioleta, stress, febre ou trauma. Estão localizadas na junção mucocutânea dos lábios ou nas áreas queratinizadas (palato duro, gengiva). As vesículas são dolorosas, ulceram e desaparecem em uma a duas semanas (ESMANN, 2001).

### TRATAMENTO:

É sintomático, com analgésicos e hidratação. Em caso de infecção bacteriana secundária é usado antibiótico. O uso de aciclovir pomada a 5% pode ser útil quando usado no início do quadro, na fase de hiperestesia. Aciclovir em casos severos na dose de 200mg cinco vezes ao dia e 400mg cinco vezes ao dia para imunossuprimidos.

Efeitos colaterais do uso de aciclovir incluem diarreia, artralgia, letargia, tremores, diminuição da função renal, hematúria, neutropenia, hepatotoxicidade, cefaléia e náuseas.

## 7.6 Aftas

### **ESTOMATITE AFTÓIDE RECIDIVANTE (EAR)**

Estomatite Aftosa Recidivante acomete 10-20% da população geral. Podem ser de três tipos: menores, maiores e herpetiformes. Acredita-se que sejam formas diferentes da mesma doença.

#### **Etiologia:**

Trata-se de doença de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de lesões ulceradas, solitárias ou múltiplas que se curam num período que varia de 1 a 4 semanas e que se repetem a intervalos regulares. Apesar da etiologia incerta, muitos fatores estão implicados, como infecções virais (HSV, EBV), bacterianas (*Streptococcus sanguis*), déficits nutricionais (vitamina B12, ácido fólico, ferro), alterações hormonais, estresse, trauma, alergia a alimentos (chocolates, glúten) e alterações imunológicas. Estudos demonstram pH bucal mais baixo nos pacientes acometidos em relação à população em geral.

As úlceras aftóides menores, também conhecidas como Doença de Mikulicz, ocorrem em indivíduos de 10 a 40 anos. As lesões são múltiplas (normalmente 2 ou 3 lesões), dolorosas, ovais e arredondadas, de 2 a 4 mm de diâmetro, estão localizadas na gengiva, são bem delimitadas e duram 7-10 dias. A recorrência é variável, caracteristicamente, existem longos períodos de remissão.

Um terço dos pacientes apresentam história familiar e 10 a 20% apresentam anormalidades hematológicas como déficit de ferro, deficiência de vitamina B 12 ou folato e em 3% dos casos o paciente apresenta doença celíaca, sendo que a retirada de alimentos contendo glúten melhora a sintomatologia.

As úlceras aftóides maiores são menos freqüentes, porém mais severas, múltiplas (normalmente 1 a 6 lesões), durando de 6 semanas até vários meses.

#### **TRATAMENTO:**

Para definir qual tratamento será empreendido é importante saber que a EAR cura espontaneamente e que a freqüência da recorrência, duração da lesão e o grau de desconforto é individual. O exame oral deve ser cuidadoso. Tamanho das úlceras se provoca pouca dor e são infreqüentes deve-se optar por deixar a lesão involuir espontaneamente.

A severidade das lesões (número, localização, tamanho e duração) e seus efeitos no paciente (grau de desconforto, efeito durante a alimentação e qualidade de

vida) devem ser avaliados. Se a EAR for severa ou freqüente, a possibilidade das lesões estarem associadas com doenças sistêmicas assintomáticas ou outra condição deve ser considerada.

### Doenças Sistêmicas

O tratamento apropriado para colite ulcerativa, doença celíaca, doença de Crohn, doença de Behçet, ou terapia de reposição de ferro, vitamina B12 e folato, pode resultar na melhora da EAR.

## **CORTICÓIDES TÓPICOS**

Recurso principal para o tratamento da EAR em grande parte dos países. Os corticóides tópicos podem reduzir os sintomas. Um composto em orabase, disponível é o acetonido de triancinolona sempre em em orabase.

Outra alternativa eficaz é o elixir de dexametasona. Este corticosteróide líquido é útil quando há presença de múltiplas úlceras ou quando as mesmas são localizadas no palato mole ou na orofaringe. Este elixir é usado em gargarejos ou bochechos.

O aerosol spray de dipropionato de beclometasona é outro tipo de corticóide e pode ser útil para úlceras de difícil alcance, como aquelas no palato mole e pilares amigdalianos.

Uma rápida resposta ao tratamento tem sido mostrada em paciente HIV positivo com EAR severa tratada com injeção intralesional de acetonido de triancinolona. Essa técnica pode também ser usada junto com terapia sistêmica com corticosteróide, particularmente em casos de EAR maior refratária. Para lesões menores ou do tipo herpetiforme as mesmas podem ser uma invasão desnecessária.

## **ANTIMICROBIANOS TÓPICOS**

O uso de clorexidina à 0,2% para bochechos ou gel à 1% pode reduzir a duração da úlcera e aumentar o número de dias sem a lesão. Todavia, pode causar mancha dental e um hálito amargo. Bochechos com tetraciclina podem reduzir a dor, mas podem causar disgeusia, candidíase oral e sensação de queimação na faringe. Além disso, não podem ser usados em crianças por provocarem danos aos dentes.

## **ANALGÉSICOS TÓPICOS**

O uso de cloridrato de benzidamina não traz benefício na cura da úlcera. Porém, o uso do mesmo ou de gel de lidocaína, em alguns casos pode trazer alívio momentâneo da dor.

## **OUTROS AGENTES TÓPICOS**

A aplicação de substâncias cáustica, ácida como o Policresuleno 36 % (Albocresil®) ou básica como bicarbonato de sódio sobre as aftas destrói o tecido da região, inclusive as terminações nervosas livres, o que faz desaparecer a dor.

Entretanto, o que faz é substituir a afta por uma queimadura química, que causa injúria a tecidos normais. Além disso, há riscos de maiores danos pela inadequada manipulação dos produtos por parte dos usuários, o Albocresil® por exemplo, a ingestão acidental do produto pode causar erosão esofágica. Não se recomenda tal prática.



# Controle da Dor em Odontologia

**A**dor é uma das razões mais comuns dos pacientes procurarem tratamento dentário. Isso pode ser devido a muitas afecções, condição ou podem ocorrer pós procedimento odontológico. O dentista deve ser capaz de diagnosticar a origem do desconforto e implementar estratégias não farmacológicas e farmacológicas para controlar a sintomatologia dolorosa.

O primeira, e mais importante, passo para diagnosticar a condição que causa a dor é identificar a causa para empreender o apropriado tratamento, por exemplo, no caso de uma pulpite aguda, normalmente anestesiando o paciente, acessando a câmara pulpar, removendo polpa, colocando-se curativo de demora e selamento provisório do elemento dentário são medidas não farmacológicas que proporciona

uma rápida resolução dos sintomas, pois a inflamação da polpa dental, motivo da sensação dolorosa desaparecerá. Analgésicos e Anti-inflamatórios só devem ser utilizados como um coadjuvante para a no tratamento da dor.

Os analgésicos geralmente atuam como medicação de suporte, visto que, o emprego de analgésico constitui-se na chamada terapêutica sintomática, ou seja, a causa deve ser removida, pois os atuam nos sintomas, não resolvem definitivamente a causa. Porém, a supressão da dor pode, em alguns casos, ser somente um fenômeno secundário, quando, por meio de uma terapêutica adequada, debelamos a causa da dor (inflamação, infecções, contrações musculares, etc.). Portanto os anti-inflamatórios, antibióticos, miorelaxantes podem aliviar a dor de uma maneira indireta (HARGREAVES, 2005).

A sintomatologia dolorosa destas doenças é classificada como aguda e pode se tornar crônica se deixar de receber tratamento adequado ou ocorrer falha no tratamento. As agudas (quadro-1) são consideradas as dores associadas a injúrias teciduais recentes e apresentam curto período de duração.

## 8.1 Dores Agudas

Odontogênicas ou Dental
• pulpite reversível (incluindo as dores pós-restaurações com estímulos térmicos)
• pulpite irreversível
• necrose pulpar
• abscesso periapical
• periodontite sintomática
• pericoronarite
• oclusão traumática (após restaurações)
• abscesso periodontal
• injúrias dentais (fraturas de dente e/ou restauração)

### 8.1.2 Tratamento da dor aguda

- Identificação da causa e a indicação de procedimentos clínicos pertinentes.
- Terapêutica sintomática de suporte utiliza-se medicamentos analgésicos não opióides (AINEs – Analgésicos e anti-inflamatórios não esteroideal, Ace-

taminofeno), os opióides (Tramadol, Codeína) e algumas situações, as associações de opióides com os não opióides.

## 8.2 Dores crônicas

Geralmente não apresentam uma etiologia bem estabelecida, podendo manifestar-se por vários dias, meses ou até anos, persistindo ao longo do tempo, mesmo após as injúrias terem sido curadas.

<b>Miofaciais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• disfunções miofaciais</li> <li>• distúrbios relacionados à ATM (deslocamento capsulites, osteoartrite)</li> </ul>
<b>Neuropáticas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nevralgia do trigêmeo Terapêutica sintomática de suporte frequentemente utilizada através de medicações antidepressivas (Imipramina – Tofranil) e anticonvulsivantes (fenitoina – Gardenal).</li> <li>• O encaminhamento ao médico é a melhor conduta a ser adotada pelos cirurgiões dentistas.</li> <li>• nevralgia do glossofaríngeo</li> <li>• neurites</li> </ul>

## 8.3. Abordagem na Dor Aguda

### 8.3.1 Dor não instalada

Em termos práticos, isto significa dizer que quando o cirurgião-dentista deseja prevenir a dor e o edema de caráter inflamatório, decorrente de intervenções odontológicas invasivas, deverá optar por um “antiálgico” que previnem a hiperalgesia e controlam a vasodilatação e a permeabilidade vascular, através da inibição da síntese de prostaglandinas, leucotrienos e outros mediadores pró-inflamatórios

Indicação:

Anti-inflamatório não esteróide ou corticosteróides.

### 8.3.2 Dor instalada

Ao contrário, quando o objetivo é de apenas controlar a dor já instalada, de intensidade leve a moderada, a escolha deve recair numa droga que possa deprimir diretamente a atividade dos nociceptores (ANDRADE, 2014)

Indicação:

Dipirona ou Paracetamol.

## 8.4 Dor de Intensidade Leve a Moderada

(período pós-operatório).

Indicado nas intervenções que provocam um menor grau de traumatismo aos tecidos, geralmente: Exodontias não complicadas de decíduos ou permanentes, gengivectomias localizadas, cunha distal, ulotomia, ulectomia, raspagem dental, preparos protéticos extensos, etc.

Medicação pós-operatória: Administrar uma dose de dipirona ou paracetamol, logo após a intervenção, com o paciente ainda sob os efeitos da anestesia local (para isto, o medicamento deve estar disponível no consultório):

<b>DIPIRONA- ADULTO</b>
Dipirona sódica ou Dipirona magnésica dose usual = 500 mg dose teto = 1000 mg
Dipirona sódica comprimidos 500 mg ou solução “gotas” 500 mg/mL.
Dipirona magnésica
Comprimidos 500 mg ou solução “gotas” 500 mg/mL

Cálculo da dose pediátrica: Algumas fórmulas podem ser utilizadas para calcular a dose pediátrica de qualquer medicamento, baseado na idade da criança, no peso e a dose do adulto, quadro abaixo:

<b>Nome da regra ou fórmula</b>	<b>Particularidade da regra</b>	<b>Fórmula</b>
Regra de Clark	Peso corporal < 30 Kg	$DP = \frac{DA \times \text{peso da criança (Kg)}}{70 \text{ Kg}}$
Regra de Law	< de 1 ano de idade	$DP = \frac{\text{idade da criança (meses)} \times DA}{150}$
Fórmula de Young	1 a 12 anos de idade	$DP = \frac{\text{idade da criança (anos)} \times DA}{(\text{idade da criança} + 12)}$

**Dipirona**

Dose 1 gota por cada Kg de peso 6/6 hs (limite de 30 gotas)  
solução : 2,5 a 5 ml 6/6 hs.

Evitar o uso:

em pacientes com distúrbios hematopoéticos; pacientes com pressão arterial sanguínea sistólica abaixo de 100 mm Hg ou em condições circulatórias instáveis; em idosos, com obstrução pilórica ou intestinal, ou com a função renal ou hepática debilitada.

Contraindicações:

pacientes com histórico de alergia à dipirona ou intolerância conhecida aos derivados pirazolônicos (ex.: fenilbutazona); portadores de certas doenças metabólicas como porfiria hepática ou deficiência congênita de glicose 6-fosfato desidrogenase.

**PARACETAMOL- ADULTO**

dose usual = 500 mg dose teto = 500 mg

paracetamol - comprimidos 750 mg

Dose e posologia: 1 comprimido a cada 4-6 horas, por um período de 12 a 16 horas pós-operatórias.

Uso com precaução: pacientes com histórico anterior de hepatite; na gravidez deve ser empregado por tempo curto. Utilizar com em doses terapêuticas normais em crianças e idosos, ou seja, 500mg(adultos) a cada 6 horas e (crianças) uma gota para cada Kg de peso no máximo de 35 gotas a cada seis horas.

Contraindicações: pacientes com histórico de alergia ao paracetamol, portadores de disfunção hepática, especialmente os alcoólatras.

**CRIANÇAS** (com menos de 12 anos ou 30 kg)

- paracetamol (solução “gotas” 200 mg/mL (1 mL = 20 gotas)

Dose: 1 gota/kg de peso corporal, até o limite de 35 gotas por dose. Contra-indicações: crianças com histórico de hepatite ou alergia ao paracetamol.

## 8.5 Dor Relacionada a Procedimentos mais Invasivos

Indicado nos procedimentos odontológicos que envolvem um maior grau de traumatismo tecidual, cuja expectativa por parte do profissional é de que ocorra dor intensa, edema (inchaço) e limitação funcional, como: exodontias de inclusos (especialmente os terceiros molares mandibulares), cirurgias perirradiculares, cirurgias mucogengivais, alveoloplastias, uso de cinzel e brocas, exodontias que exigem muito tempo cirúrgico, etc.

O antiálgico/antiinflamatório é indicado com o objetivo de se prevenir e controlar a dor e o edema, que quando desmedidos levam à limitação funcional. O corticóide é selecionado, pois por atuar inibindo a enzima fosfolipase A2 impedindo a formação de ácido araquidônico e conseqüente formação de prostanoídes mediadores da inflamação o que explica sua potência maior que os anti-inflamatórios não esteróides. Quando utilizado em doses maciças e por tempo restrito, são praticamente desprovidos de efeitos colaterais clinicamente significativos (ANDRADE, 2014).

Nome genérico	Nome comercial /concentração	Hora antes da intervenção
Betametasona	Celestone® 2 mg	1
Dexametasona	Decadron® 4mg	1

\*dose única.

Posologia:

Tomar uma dose 1 hora antes do procedimento e continuar por no máximo três dias seguintes

Quando houver contra-indicação do uso dos corticosteróides (presença de infecções fúngicas sistêmicas, história de alergia ao medicamento, etc.) pode-se empregar, como segunda opção, os anti-inflamatórios não-esteróide (Aines), preferencialmente os COX-seletivos, pois provocam menor irritação gástrica.

### PRINCIPAIS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES (AINEs)

Nome GENÉRICO	Intervalo entre doses(Horas)
Diclofenaco de potássio	8

Nome GENÉRICO	Intervalo entre doses(Horas)
Diclofenaco de sódio	8
Nimesulide	12
Ibuprofeno	12
Aceclofenaco	12
Meloxicam	12
Ac. Mefenâmico	8
Lumiracoxib	24
Etoricoxib	12





# 9

## Analgésicos e Anti-Inflamatórios não Esteróides (AINEs)

### 9.1 Mecanismo de Ação

Os Analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), possuem propriedades analgésica, antitérmica, antiinflamatória e antitrombótica, são inibidores da enzima ciclooxigenase (COX). As COX oxidam o ácido araquidônico, em um lipídeo presente nas células, em prostaglandinas substâncias endógenas intermediárias do processo inflamatório mediante a inativação de isoenzimas denominadas cicloxigenases constitutiva (COX-1) e induzível (COX-2). A primeira presente em sítios gás-

tricos e renais seria responsável pela síntese de prostaglandinas que ali exercem proteção tecidual. A segunda surge nos locais de inflamação.

Os inibidores seletivos da COX-2, meloxicam, nimesulide, etodolaco, celecoxibe, rofecoxibe, paracoxibe, etoricoxibe, potencialmente representaria vantagem em relação aos AINEs não seletivos, pois permaneceria a eficácia antiinflamatória sem o aparecimento dos efeitos adversos, consequência da inibição enzimática não seletiva (FUCHS, 2004; WANMACHER, 2004).

## 9.2 Indicações

Em processos inflamatórios clinicamente relevantes, em que a dor, o edema e a disfunção decorrentes trazem desconforto ao paciente. Não devem ser administrados quando o atendimento odontológico provocar apenas dor, sendo, neste caso, indicado o uso de analgésicos de intensidade adequada (DIONNE, 1994).

## 9.3 Uso Profilático dos AINE's

Alguns autores preconizam a administração dos AINEs antes do ato cirúrgico (uma hora antes), para que haja a inibição prévia dos nociceptores (terminações nervosas livres) e da síntese de prostaglandinas, já que se tem o tempo necessário para uma adequada absorção e estabelecimento de níveis séricos suficiente para cobrir todo trans-operatório e permanecer, ainda, após o efeito do anestésico local, porém fica reservada em procedimentos que ocasionam trauma mais intenso, como por exemplo, exodontias dos terceiros molares com uso da caneta de alta rotação. (ANDRADE, 2014)

### **INIBIDORES NÃO SELETIVOS DA COX-2 (Inibem ambas COX-1 e COX-2)**

Aspirina: ou ácido acetilsalisílico. Tem outras qualidades específicas e não partilhadas com outros membros do grupo.

Ibuprofeno

Naproxeno

Paracetamol (nos EUA conhecido por Acetaminofen): pouca atividade antiinflamatória, mas alto poder analgésico.

Diclofenaco

Indometacina e Piroxicam

**INIBIDORES PREFERENCIAIS DA COX-2**

Existe outra classe de AINES denominada “preferenciais” para COX-2, estes exibiram in vitro maior seletividade que in vivo para a referida enzima e não devem ser confundidos com os “seletivos”, enquadrando-se:

Nimesulide

Meloxicam

**INIBIDORES SELETIVOS DA COX-2**

Alguns autores denominam esta classe de anti-inflamatórios com “específicos”, mas na realidade eles podem também interagir com a COX-1, embora em baixíssima escala. Portanto a denominação mais coerente é a que tem sido adotada atualmente: “Seletivos”, pois não são específicos, mas tem maior afinidade e inibir prioritariamente a cicloxigenase 2, porém a potencia se equivale aos demais anti-inflamatórios (DIONNE, 1994).

Celecoxib: nome comercial

Lumiracoxib: nome comercial

Etoricoxib: nome comercial

Rofecoxib: retirado do mercado, nome comercial

**AINES SELETIVOS X NÃO-SELETIVOS**

A maior vantagem do uso dos AINES Seletivos é a baixa possibilidade de irritação de mucosa gástrica, uma vez que não inibe substancialmente a COX-1 que originará a PGE2, responsável pela mucoproteção gástrica, como ocorre nos não seletivos. No entanto estudos têm demonstrado que a administração dos seletivos em pacientes portadores de úlceras gástricas ativas pode retardar a cicatrização destas, uma vez que a inibição da atividade da COX-2 também influencia na cicatrização das úlceras estomacais (WANMACHER, 2004).

\*Alguns autores já relatam também o desenvolvimento de úlceras com AINES seletivos tomados por grandes períodos de tempo, além de serem causadores de eventos cardíacos e cerebrais. (WANMACHER, 2004).

## 9.4 AINES Associados a Antibióticos

Nos processos infecciosos essa associação não é cabida, pois a ação inflamatória constitui-se em defesa orgânica, tanto para evidenciar clinicamente a lesão quanto para controlar a infecção. Assim, preferencialmente, deve-se tratar a infecção com antibióticos de forma primária e específica. Porém em cirurgias orais menores, observa-se a presença de manifestações inflamatórias na grande maioria dos casos.

Desta forma, pode-se indicar o uso dos AINEs, que diminui a intensidade e a duração do processo inflamatório, atenuando, assim, a dor, o edema, a hipertermia local e provável trismo, porém não se deve medicar anti-inflamatórios sem antimicrobianos em caso de infecção. (WANMACHER, 1999).

### EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS

Estudos mostram que o trato gastrointestinal é o sítio mais freqüentemente afetado pelas reações adversas. As manifestações apresentam-se como eritema e erosões gástricas, ulceração gástrica e duodenal, dispepsia, dor epigástrica, náuseas e vômitos, anorexia, flatulência, diarreia e perda de sangue pelo tubo digestivo.

A lesão gástrica provocada pelos AINEs pode ser compreendida através de dois mecanismos diferentes. Apesar da irritação local, provocada pela ingestão do medicamento, permitir a difusão retrógrada de ácido para a mucosa do estômago e induzir lesão no tecido, a administração parenteral pode causar, também, lesão e sangramento (KOROLKOVAS, 2006).

Estudos mostram que tal efeito pode estar relacionado à inibição da biossíntese de prostaglandinas do estômago, especificamente a PGI<sub>2</sub> e PGE<sub>2</sub>, que inibem a secreção do ácido gástrico, promovendo a secreção de um muco citoprotetor pelo intestino, tornando o estômago mais vulnerável à lesão. **Desta maneira, recomenda-se a não utilização de AINEs em pacientes com história de lesões gástricas** (GOODMAN, 2003).

## 9.5 Cuidados na Prescrição de AINES

### 9.5.1 Hipertensos e cardiopatas

Por sua capacidade de reter água e sódio no organismo, por inibição de prostaglandinas renais, deve se evitar.

### 9.5.2 Gestante e Concepto

Os AINEs atravessam a barreira placentária, em altas doses o uso de forma crônica próximo ao termo da gestação pode também prolongar o trabalho de parto, uma vez que, as prostaglandinas estão relacionadas com a contração uterina que são inibidas pelos AINEs. Ainda estão associados ao fechamento prematuro do ducto arterioso fetal (Katsuaki, 2006), hipertensão arterial pulmonar síndrome de hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido) (RANG, 1998).

### 9.5.3 Portadores de Discrasias Sanguíneas

São pouco frequentes, aparecendo manifestações clínicas em pacientes com distúrbios hematológicos ou que fazem uso de anticoagulantes. Em pacientes idosos, as pirazolonas podem causar anemia aplástica e agranulocitose, sendo por isso pouco recomendadas devido à imprevisibilidade e letalidade destas manifestações (RANG, 1998).

### 9.5.4 Complicações hepáticas

O uso prolongado dos AINEs pode causar distúrbios renais em pacientes com problemas de perfusão ou disfunção renal. A nefrotoxicidade relaciona-se com a inibição de prostaglandinas renais, que agem como protetoras contra os efeitos vasoconstritores das angiotensinas e catecolaminas. Em casos de cirrose com ascite, nefrite lúpica, síndrome nefrótica e insuficiência cardíaca, os AINEs podem intensificar a redução da filtração glomerular, levando a manifestações clínicas importantes (KOROLKOVAS, 2006).

Podem aparecer desde alterações transitórias, como aumento de aminotransferases séricas, até os quadros fatais, devido à hepatotoxicidade direta ou à hipersensibilidade (ANVISA, 2005; KOROLKOVAS, 2006).

### 9.5.5 Interações medicamentosas

Anticoagulantes, fibrinolíticos e outros antiplaquetários, podem ter seus efeitos potencializados pelo uso simultâneo de AINEs

Anti-hipertensivos, os AINEs tendo efeito antidiurético, aumentam a volemia e predispõem a edema e descompensação de doença cardíaca. Por essa razão, interferem também com o efeito anti-hipertensivo de diuréticos e beta-bloqueadores.

Hipoglicemia pode aumentar nível sérico e causar uma hipoglicemia, principalmente com as sulfoniluréias (ANVISA, 2005).





# Atribuições da Equipe de Saúde Bucal

**D**e acordo com a portaria nº 2488/11, as atribuições de cada um dos profissionais das equipes de saúde devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, sendo elas:

## **Do Cirurgião-Dentista:**

- I -realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II -realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabili-

tação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

- III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e
- VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

### **Do Técnico em Saúde Bucal (TSB):**

- I - realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II - coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV - apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- VI - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VII - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

- VIII - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- IX - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- XI - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- XII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XIV - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares; e
- XV - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

#### **Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):**

- I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VIII - processar filme radiográfico;
- IX - selecionar moldeiras;
- X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.



# REFERÊNCIAS

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). CBM: **Compêndio de Bulas de Medicamentos. Brasília.** 2005.

ANDREW, N. D. & SUSAN, R. B. **Oral Candidosis in Patients with Advanced Cancer.** Oral Oncology. Vol. 42, P. 698-702.2006.

BACK, D.J. & ORME, M.L'E. **Pharmacokinetic Drug Interactions with oral Contraceptives.** ClinPharmacokinet, v. 18, n. 6, p. 474-484.1990.

BARROS, E. **Antimicrobianos, Consulta Rápida.** Editora Artemed. 3ª edição. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2009. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. **Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. **Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011. Altera o anexo da **Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1464, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil.** Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil.** Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009. 96 p: il. –(Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília. 2004. Andrade, D. E. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia.** Editora Artes Médicas. 1ª edição. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 24. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SBBrasil. 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Principais Resultados**, Brasília/DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Geral de Saúde Bucal. Brasil 2010. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Principais Resultados, Brasília/DF-2011**.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488** de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. 2011.

CHRISTERSSON, L.A. & ZAMBON, J.J. **Suppression of Actinobacillus Actinomyces-temcomitans in localized juvenile periodontitis with systemic tetracycline**. J Clin Periodontol. vol. 20, p. 395-401. 1993.

CORTEZI, W. **Infecção Odontogênica Oral e Maxilo Facial**. Editora Pedro Primeiro. 1ª edição. 1995.

CRUZ, Filho; A. M. & PÉCORA, J. D. **Terapêutica – Antibióticos/ Analgésicos/ Anti-inflamatórios**. Disponível em <www.forp.usp.br>. Acesso em: 28 de janeiro de 2007.

DE LORENZO, L. **Microbiologia para o estudante de odontologia**. Editora Atheneu. 1ª edição. 2004.

DUARTE, M. A. H. & VALE, I. S.; Garcia, R. B. **Antibioticoterapia em Endodontia**. Revista da APCD, n.1, 1999.

ESMANN, J. **The many Challenges of Facial Herpes Simplex Virus Infection**. Journal of Antimicrobiological Chemotherapy, 2001, vol. 47(1), p. 17-27.

FRAIHA, P.; BITTENCOURT, P. & CELESTINO, L. R. **Estomatite aftosa recorrente**. Revisão bibliográfica Rev Brás Otorrinolaringol. Vol.68. Nº 4 Pág 571-578. 2002.

FUCHS FD & WANMACHER, L. *Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional*. 3ª ed. Editora Guanabara. Koogan. 3ª edição. 2004.

GIBSON, J. & MCGOWAN, D.A. **Oral Contraceptives and Antibiotics: Important Considerations for Dental Practice**. Br Dent J, 1994 vol. 177, n. (11/12) p. 419-422.

ITZHAK, B. **Microbiology of Polymicrobial Abscesses and Implications for Therapy**. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2002, vol. 50, p. 805–810.

KOROLKOVAS, A. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. Editora Guanabara Koogan. 2006/2007.

MACPHAIL, L. **Topical and Systemic Therapy for Recurrent Aphthous Stomatitis**. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery. Vol. 16(4), p. 301-307.1997.

MCBRIDE D. **Management of aphthous ulcers**. Am. Physician. Vol. 62 (1). Pág 149-154. 2000.

MENEZES, M. M.; CÔAS, V. R.; UMETSUBO, L. S.; VALERA, M. C. & PAGANI, C. **Anti-bióticos nas infecções pulpares e periapicais**. Jornal Brasileiro de Endodontia, vol. 11, p. 343-349. 2002.

NITZAN, D. W., O. TAL, M. N. SELA & A. SHTEYER. **Pericoronaritis: a reappraisal of its clinical and microbiological aspects**. J Oral Maxillofac Surg., 1985, vol. 43, p. 510–516. 1985.

Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília/DF. 2011: **Diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Inovando o Papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília/DF, 2011.

PIOVANO, S. **Bacteriology of Most Frequent Oral Anaerobic. Anaerobe**. Vol. 5, p. 221-227. 1999.

RALDI, D. P.; OLIVEIRA, R. B.; LAGE. M. J. L. **Medicação Sistêmica como Coadjuvante do Tratamento Endodôntico**. APCD Revista, v. 56, n. 5, 2002.

RANG; DALE & RITTER. **Farmacologia**, 4 Ed., editora Guanabara Koogan, 2001.

- ROY, KM & BAGG, J: **Antibiotic prescribing by general dental practitioners in the Greater Glasgow Health Board. Scotland.** Br Dent J. Vol. 188, p. 674-676. 2000.
- SALGADO, A. A. M.; CAMPIELO, I. T.; OLIVEIRA FILHO, R. M. & LEONARDO, M. R. **Desobturação de Canal Radicular em Casos de Agudização de Lesão Periapical Crônica (abscesso fênix).** Jornal Brasileiro de Endodontia. Vol. 4, p. 291-294. 2003.
- Secretaria Municipal de Saúde de Natal. **Protocolo Integrado de saúde bucal do município de Natal/RN.** 2006.
- SILVA, C. R. C.; MATTOS, N. H. R. & LOPES, F. A. M. **Antibióticos – As Novas Gerações e o Uso na Endodontia.** *Jornal Brasileiro Endo/perio.* Nº 2. Pág. 54-58. 2000.
- STEVE, K. **University of Utah Health Sciences Herpes Center. Gingivostomatitis. 1999.** Disponível em <<http://uuhs.c.utah.edu/pated/handouts/pdfs/handout119>>. Pdf Acessado em: 5 de fevereiro de 2007.
- SUNARDI, M.; KARLINA, H. **Clindamycin alone compared with clindamycin ibuprofen for odontogenic.** Current therapeutic research, vol. 57, (12) Pág. 913-926. 1996.
- TOPAZIAN, RG & GOLDBERG, MH. **Oral and Maxillofacial Infections.** 3ªed. WB Saunders. 1997.
- VAN A. J. J. **Microbiology in the Management of Destructive Periodontal Disease.** Journal of Clinical Periodontology. Vol. 18(6), p. 406-10.1991.
- VASCONCELOS R. **Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil.** PGR-Pós-Grad R. Fac. Odontol., São José dos Campos, v.4. Pág.. 43-51, 2001.
- WALKER, C.B. **Chemotherapeutics: antibiotics and other antimicrobials. Periodontology.** Vol. 36 (1). Pág.146-165. 200-2004.
- WANMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica para Dentistas.** Editora Guanabara Koogan. 2ª edição. 1999.
- WHITELY, R. **Herpes simplex virus infection. Seminars on Pediatric Infectious Diseases.** Vol. 13(1), p. 6-11. 2002.
- YAGIELA, J. A. NEIDLE & E. A. DOWD, F. J. **Farmacologia e Terapêutica Para Dentistas.** Editora Guanabara. 4ª edição. 2000.
- ZAW M. T.; YUTHIKA H. S. & LAKSHMAN P. S. **Effect of oral bacteria on growth and survival of Candida albicans biofilms.** Archives of Oral Biology. Vol 51, p.672-680. 2006.

30 Anos

*Você faz parte dessa história*

*SMS Natal*



PREFEITURA DO

**NATAL**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE