

Organizadores

Cyrene Piazero Silva Costa

Susilena Arouche Costa

Silas Alves Costa

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

para atendimento dos usuários do SUS
nas Unidades de Especialidades
Odontológicas do Maranhão - SORRIR



EDUFMA



Universidade Federal do Maranhão

Reitor Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Vice-Reitor Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos



Editora da UFMA

Diretor Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Conselho Editorial Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
Prof. Dr. André da Silva Freires
Prof. Dr. Jadir Machado Lessa
Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva
Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos
Prof. Dr. Marcus Túlio Borowiski Lavarda
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães
Prof^a. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues
Prof. Dr. João Batista Garcia
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior



Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Organizadores

Cyrene Piazero Silva Costa

Susilena Arouche Costa

Silas Alves Costa

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

para atendimento dos usuários do SUS
nas Unidades de Especialidades
Odontológicas do Maranhão - SORRIR

São Luís



EDUFMA

2022

Copyright © 2022 by EDUFMA

As fotografias utilizadas foram extraídas do Freepik.
As ilustrações foram criadas utilizando recursos do Flaticon.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Manual de procedimentos operacionais padrão [recurso eletrônico]: para atendimento dos usuários do SUS nas Unidades de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR / Autoras, Deusinete Silva Dias, Soraia de Fátima Carvalho Souza; Organizadores, Cyrene Piazero Silva Costa, Susilena Arouche Costa, Silas Alves Costa. — São Luís: EDUFMA, 2022.
85p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web

<<http://www.edufma.ufma.br/index.php/loja/>>

ISBN: 978-65-5363-091-8

1. Atendimento odontológico - Procedimentos – Usuários do SUS. 2. Endocardite infecciosa. 3. Urgência e emergência – Atendimento odontológico. 4. Unidade SORRIR. I. Dias, Deusinete Silva. II. Souza, Soraia de Fátima Carvalho. III. Costa, Cyrene Piazero Silva. IV. Costa, Susilena Arouche. V. Costa, Silas Alves.

CDD 617.6

CDU 616.314-082:614

Elaborada pela bibliotecária Marcia Cristina da Cruz Pereira CRB 13 / 418

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial.

EDUFMA | Editora da UFMA

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga

CEP: 65080-805 - São Luís - MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO MARANHÃO
SORRIR

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

para atendimento dos usuários do SUS nas Unidades de Especialidades
Odontológicas do Maranhão - SORRIR

Autoras

Deusinete Silva Dias
Soraia de Fátima Carvalho Souza

Organizadores

Cyrene Piazero Silva Costa
Susilena Arouche Costa
Silas Alves Costa

Coordenadores do Projeto

Fabício da Costa Saraiva
Adriana Medeiros Araújo Pires Leal

São Luís
2022



INSTITUTO
ACQUA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO
MARANHÃO



GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO

Carlos Orleans Brandão Júnior
Governador

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tiago José Mendes Fernandes
Secretário de Estado

UNIDADE DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO MARANHÃO - SORRIR

Fabício da Costa Saraiva
Diretor Técnico

Adriana Medeiros Araújo Pires Leal
Diretora Clínica

Crenilde Diniz Costa
Gerente Administrativa

Natália Letícia Rodrigues dos Santos
Supervisora de Recursos Humanos

Deusinete Silva Dias
Coordenadora da Qualidade

Eurielva Saraiva de Sousa Oliveira
Coordenadora da Central de Material de Esterilização

INFORMAÇÕES SOBRE AS AUTORAS

Deusinete Silva Dias

Enfermeira.

Graduada pelo Instituto Florense de Ensino Superior. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Geanna Beretta.

Soraia de Fátima Carvalho Souza

Cirurgiã-dentista.

Graduada pela UFMA. Especialista em Endodontia pelo Ministério da Aeronáutica (CTA). Mestre em Clínica Odontológica pela FOP-UNICAMP. Doutora em Odontologia pela FO-USP. Estágio Pós-Doutoral em Endodontia pela FO-USP. Professora Associada do Curso de Odontologia da UFMA. Pesquisadora Permanente vinculada ao PPGO-UFMA. Líder do Grupo de Pesquisa em Anemia Falciforme (GPAF), cadastrado no CNPq. Sócia Efetiva da SBPqO e IADR. Bolsista Produtividade Sênior da FAPEMA.

INFORMAÇÕES SOBRE OS ORGANIZADORES

Cyrene Piazero Silva Costa

Cirurgiã-dentista.

Graduada em Odontologia pela UFMA. Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pela ABENO. Mestre e Doutora em Odontologia pela UFMA. Professora do Curso de Odontologia da UNICEUMA. Pesquisadora Permanente do PPGO-UNICEUMA.

Susilena Arouche Costa

Cirurgiã-dentista.

Graduada em Odontologia pela UNICEUMA. Pós-graduada em Residência Multiprofissional em Saúde com área de concentração em Clínicas Médica e Cirúrgica do HU-UFMA, com experiência em tratamento odontológico em pacientes internados na UTI. Mestre em Odontologia pela UFMA. Atualmente cursa o Doutorado em Odontologia pelo PPGO-UFMA, com período sanduíche no Department of Dentistry and Oral Health - Section for Periodontology em Aarhus Universitet, Dinamarca.

Silas Alves Costa

Cirurgião-dentista.

Graduado em Odontologia pela UFMA. Mestre em Ciências Odontológicas com concentração em Odontopediatria pela FOAr-UNESP. Atualmente cursa pós-graduação *lato sensu* em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família e Doutorado em Odontologia pelo PPGO-UFMA.

INFORMAÇÕES SOBRE OS COORDENADORES DO PROJETO

Fabricio da Costa Saraiva

Cirurgião-dentista.

Graduado pela Universidade CEUMA. Especialista em Ortodontia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-CE.

Adriana Medeiros Araújo Pires Leal

Cirurgiã-dentista.

Graduada pela UFMA. Especialista em Periodontia pela Universidade Camilo Castelo Branco-CE

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o *Manual de Procedimentos Operacionais Padrão* para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Unidades de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR, dando ênfase, na *Primeira Parte* a assistência prestada aos pacientes sistemicamente comprometidos, e na *Segunda Parte* às situações de Urgências e Emergências médicas, bem como aos acidentes com instrumentos perfurocortantes que podem ocorrer durante o atendimento odontológico.

A atual gestão administrativa da Unidade SORRIR integrada pelos Dr. Fabrício da Costa Saraiva (Diretor Técnico) e Dra. Adriana Medeiros Araújo Pires Leal (Diretora Clínica) instituíram em 21/06/2021 uma Comissão de Qualidade incluindo a enfermeira Deusinete Silva Dias (coordenadora) e a cirurgiã-dentista Soraia de Fátima Carvalho Souza (membro), com o objetivo de elaborar e difundir os procedimentos operacionais padrão (POPs) para padronizar e qualificar o processo de trabalho de todas as equipes desta Unidade, inclusive do cirurgião-dentista e sua auxiliar.

Não temos a pretensão de esgotar todas as situações de atendimentos odontológicos, nem tão pouco afirmar que esses protocolos representam uma verdade única e absoluta, o que seria incompatível frente aos avanços científicos e à diversidade de situações que podem ocorrer durante a prática clínica do cirurgião-dentista. Entretanto, cabe ressaltar que esta Comissão elaborou os POPs aqui apresentados, fundamentados nas atuais evidências científicas com força de recomendação clínica, na opinião de especialistas e nas diretrizes internacionais e nacionais de órgãos regulamentadores, como a *Organização Mundial de Saúde*, *Associação Americana de Cardiologia* e *Sociedade Brasileira de Diabetes*, dentre outros.

Assim, pensando em você, resolvemos transformar esse material em um Manual, com uma linguagem objetiva, direta e interativa para colaborar efetivamente com a organização do seu processo de trabalho e nortear a sua prática clínica, estimulando o seu raciocínio e a sua tomada de decisão para que você realize as intervenções odontológicas de forma assertiva e humanizada, beneficiando a assistência aos usuários do SUS nas diferentes especialidades oferecidas nas Unidades SORRIR.

Aproveite a leitura!

As autoras

PREFÁCIO

Caro leitor, este E-book é um presente para toda a classe odontológica, por relatar de maneira clara e acessível a rotina para o atendimento odontológico dos usuários do SUS nas Unidades de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR.

Parabenizo as autoras, a competente Prof^a Soraia Carvalho, servidora desta Unidade e a enfermeira Deusinete Dias, assim como o time de colaboradores: Cyrene, Susilena e Silas por transferirem com maestria todo o referencial teórico aqui descrito. Aos idealizadores do projeto, Fabrício e Adriana, meus cumprimentos por oportunizarem às autoras difundirem estes conhecimentos, cujos maiores beneficiários serão os usuários do SUS.

As clínicas SORRIR, na atenção odontológica especializada, prestam assistência a um maior quantitativo de usuários sistemicamente comprometidos, fato que pode causar dúvidas aos profissionais na tomada de decisão do planejamento terapêutico; portanto esta obra vai ser uma importante ferramenta de consulta. Ressalto também a sua importância por auxiliar os gestores na tomada de decisão na compra de produtos e insumos para um tratamento odontológico adequado.

O conteúdo é rico em informações, iniciando com uma abordagem sobre as diretrizes para o procedimento de anestesia local, onde descrevem os tipos de anestésicos, o cálculo de dose máxima, além da indicação de uso nas diversas situações de acordo com o perfil sistêmico dos pacientes.

A seguir, as autoras abordam o atendimento odontológico aos grupos de pacientes com alterações sistêmicas como hipertensão e doenças cardiovasculares, reafirmando o compromisso do cirurgião-dentista na prevenção da Endocardite Infecciosa. No capítulo *Diabetes Mellitus*, as autoras reafirmam a importância do tratamento odontológico no controle dos parâmetros bioquímicos. Encerrando esta etapa do livro você, leitor, é premiado com uma rica descrição do atendimento odontológico às gestantes e da importância do pré-natal odontológico.

Na segunda parte desta obra são apresentadas as diretrizes para solução das ocorrências de urgências e emergências médicas no consultório odontológico e o passo a passo na prevenção de infecções por acidentes com instrumentos perfurocortantes.

Portanto leitor, aqui, você vai encontrar um caminho a seguir. Fazendo uma analogia aos princípios do SUS, me permita dizer que este E-book, por ser digital e

gratuito será **UNIVERSAL** a todos, tem **EQUIDADE** por atingir sem distinção os profissionais ávidos por informações, tem a **INTEGRALIDADE** ao pontuar a importância da saúde bucal na vida do indivíduo, além de **DESCENTRALIZAR** conhecimentos tornando o profissional da Odontologia capacitado a uma tomada de decisão assertiva.

Aproveite esta oportunidade de qualificação profissional, e tenha uma boa leitura!

Ana Margarida Melo Nunes

Professora das disciplinas de Odontopediatria e Pacientes Especiais da UFMA

Especialista em Odontopediatria (UFRJ)

Especialista em Pacientes com Necessidades Especiais (CFO)

Mestra em Ciências da Saúde (UFMA)

Doutora em Saúde Coletiva (UFMA)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1	20
Recomendação de doses máximas de sal anestésico e vasoconstritor para uso odontológico disponíveis na Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão - SORRIR. São Luís, Maranhão, Brasil (2021-2023).	
Quadro 2.1	31
Valores da pressão arterial sistêmica para o diagnóstico de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).	
Quadro 3.1	40
Regime de administração, tipo de antibiótico e posologia empregada para profilaxia antibiótica da Endocardite Infecciosa (AHA, 2007 revisada em 2009).	
Quadro 4.1	44
Valores da glicemia (mg/dL) e critérios diagnósticos para <i>Diabetes mellitus</i> .	
Quadro 4.2	46
Sinais e sintomas de crises agudas de hiperglicemia e hipoglicemia.	
Quadro 4.3	46
Critérios dos níveis glicêmicos para classificação da Categoria de Risco de pacientes com DM.	
Quadro 5.1	56
Uso de medicamentos durante a gestação, de acordo com a classificação da <i>Food and Drug Administration</i> em categorias de risco potencial dos fármacos para o feto e suas definições.	
Quadro 5.2	58
Principais analgésicos utilizados no pós-operatório, suas características e indicações para o controle da dor em gestantes.	
Quadro 5.3	60
Principais antimicrobianos utilizados em gestantes e suas características.	

LISTA DE FIGURAS

- Figura 5.152**
Gengivite gestacional no segundo trimestre da gravidez. (a) Vista intrabucal frontal mostrando inflamação gengival. (b) Maior aumento das regiões anterior superior e inferior, evidenciando vermelhidão na gengiva, edema nas papilas e sangramento espontâneo na região gengival do dente 22. Fotos cedidas pela Prof^a Dr^a Ana Regina Oliveira Moreira (Professora Associada da disciplina de Periodontia da UFMA).
- Figura 5.253**
Paciente no segundo trimestre da gravidez com hipótese diagnóstica de Granuloma piogênico. (a) Lesão na região vestibulo-mesial do dente 13. (b) O destaque em maior aumento. (c) Vista intrabucal frontal após terapia básica periodontal não cirúrgica. (d) Vista intrabucal lateral mostrando total remissão da lesão. Fotos cedidas pela Prof^a Dr^a Ana Regina Oliveira Moreira (Professora Associada da disciplina de Periodontia da UFMA).
- Figura 6.172**
Execução da Manobra de Heimlich: visão frontal e lateral.

LISTA DE ACRÔNIMOS E ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetil Salicílico
ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
AHA – *American Heart Association*
AINEs – Antiinflamatórios Não-Hormonais
AVC – Acidente Vascular Cerebral
bpm – Batimentos por minuto
CE – Ceará
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA – Centro Técnico Aeroespacial
CTA-LIRA – Centro de Testagem e Aconselhamento do Lira, São Luís, MA, Brasil
dL – Decilitro
DM – *Diabetes Mellitus*
FAPEMA – Fundação de Amparo à Pesquisa do Maranhão
FDA – Food and Drug Administration
FOAr – Faculdade de Odontologia de Araraquara
FOP-UNICAMP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas
FO-USP – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
g – Grama
GPAF – Grupo de Pesquisa em Anemia Falciforme
HbA_{1c} – Hemoglobina glicada
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HBV – Vírus B da Hepatite
HCV – Vírus C da Hepatite
HU-UFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
IADR – International Association for Dental Research
IM – Intramuscular
IPASS - Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação de Serviços de Saúde
IV – Intravenoso
Kg – Quilograma
MA – Maranhão
mg – Miligrama
mmHg – Milímetros por mercúrio
mL – Mililitro

ONA – Organização Nacional de Acreditação
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
POPs – Procedimentos Operacionais Padrão
PPGO-UFMA – Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Maranhão
PPGO-UNICEUMA – Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade CEUMA
SBPqO – Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica
SORRIR – Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESP – Universidade Estadual Paulista
UNICEUMA – Universidade CEUMA
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
Referências	16
PRIMEIRA PARTE – PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	17
Capítulo 1: DIRETRIZES PARA O PROCEDIMENTO DE ANESTESIA LOCAL.....	18
1.1 Tipos de solução anestésica de uso odontológico	18
1.2 Doses máximas de sal anestésico e vasoconstritor	19
1.3 Fatores importantes na escolha do anestésico	21
1.3.1 Tipos de procedimentos a serem realizados	21
1.3.2 Perfil epidemiológico dos pacientes.....	22
1.4 Contraindicações do uso de solução anestésica com vasoconstritor	25
1.5 Técnicas de anestesia local aplicadas à clínica odontológica	25
1.6 Possíveis intercorrências da anestesia local	28
Referências	29
Capítulo 2: DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES	30
2.1 Hipertensão arterial.....	30
2.2 Doenças cardiovasculares	33
2.2.1 Doença cardíaca isquêmica	33
2.2.2 Insuficiência cardíaca congestiva	34
2.2.3 Arritmias cardíacas	35
Referências	36
Capítulo 3: DIRETRIZES PARA PROFILAXIA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA	37
3.1 Endocardite infecciosa	37
3.2 Profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa.....	38
3.3 Protocolo de atendimento de pacientes com risco para a endocardite infecciosa	39
Referências	41
Capítulo 4: DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS.....	42
4.1 Cuidados na assistência odontológica ao paciente com <i>Diabetes mellitus</i>	43
4.2 Manifestações bucais relacionadas ao <i>Diabetes mellitus</i>	44
4.3 Manejo clínico de pacientes odontológicos com <i>Diabetes mellitus</i>	45
Referências	48
Capítulo 5: DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES GESTANTES...49	
5.1 Cuidados na assistência odontológica à gestante	49
5.1.1 Periodontia	51

5.1.2 Endodontia	53
5.1.3 Cirurgia bucal	54
5.2 Prescrição medicamentosa à gestante.....	55
5.2.1 Anestésicos	56
5.2.2 Analgésicos	58
5.2.3 Anti-inflamatórios.....	59
5.2.4 Antibióticos.....	59
5.3 Exames radiográficos durante a gestação.....	61
Referências	62

SEGUNDA PARTE: PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO PARA SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ODONTOLOGIA.....64

Capítulo 6: DIRETRIZES PARA SOLUÇÃO DA OCORRÊNCIAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.....65

6.1 Urgências <i>versus</i> Emergências médicas.....	65
6.2 Urgências e emergências médicas mais comuns que ocorrem no consultorio odontológico....	66
6.2.1 Alterações com ou sem perda de consciência	66
6.2.2 Alterações com dificuldades respiratórias	69
6.3 Reações de hipersensibilidade ou alergia	73
6.4 Protocolo padrão de primeiros socorros para emergências médicas no consultório odontológico.....	73
Referências	75

Capítulo 7: DIRETRIZES PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES POR ACIDENTES COM INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES.....76

7.1 Procedimentos recomendados nos casos de exposição a materiais biológicos.....	76
7.2 Como fazer o registro de ocorrência de acidentes de trabalho	78
7.3 Acompanhamento clínico-laboratorial após exposição a materiais biológicos	79
7.4 Fluxograma de notificação de acidentes de trabalho das Unidades de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR	80
Referências	80

CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

ANEXOS82

ANEXO A – Certificado de acreditação da Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão - SORRIR	83
ANEXO B - Organograma da estrutura organizacional da Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR.....	84

INTRODUÇÃO

A Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR, localizada na Praia Grande, recentemente (05/01/2022) recebeu o Certificado de ACREDITAÇÃO chancelado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), em reconhecimento à qualidade e segurança dos serviços de Saúde Bucal de média complexidade prestados aos usuários do SUS no Estado do Maranhão ([ANEXO A](#)). É a primeira, no Brasil, a receber essa certificação.

O processo de ACREDITAÇÃO foi realizado pelo IPASS (Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação de Serviços de Saúde), instituição não governamental e sem fins lucrativos credenciada pela ONA. Seguiu a metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, avaliar a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente.

É importante deixar claro que essa avaliação para a ACREDITAÇÃO não foi uma imposição do Estado, mas uma ação voluntária da gestão desta Unidade, sob a administração do Instituto ACQUA ([ANEXO B](#)) em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, representada pelo Dr. Fabrício da Costa Saraiva (Diretor Técnico), Dra. Adriana Medeiros Araújo Pires Leal (Diretora Clínica), Crenilde Diniz Costa (Gerente Administrativa), Natália Letícia Rodrigues dos Santos (Supervisora de Recursos Humanos), Deusinete Silva Dias (Coordenadora da Qualidade) e Eurielva Saraiva de Sousa Oliveira (Coordenadora da Central de Material de Esterilização), que entenderam que após 3 anos da inauguração da Unidade SORRIR, era chegado o momento de mostrar para a sociedade maranhense a qualidade e a segurança dos serviços de Saúde Bucal aqui realizados.

Nesta perspectiva, para compor os requisitos exigidos pelo Sistema Brasileiro de Acreditação foram elaborados os Protocolos Operacionais Padrão (POPs) para padronizar e normatizar todas as atividades exercidas na Unidade, garantindo ao usuário que a qualquer momento que ele aqui se dirija, ele terá o mesmo atendimento.

Entretanto, neste Manual, descrevemos apenas alguns dos POPs para o atendimento odontológico, os quais incluem um conjunto de recomendações que facilitam a tomada de decisão clínica do cirurgião-dentista e sua auxiliar diante de situações específicas, considerando a maior demanda de atendimentos desta Unidade, que são os pacientes *Hipertensos*, *Cardiopatas*, *Diabéticos* e *Gestantes*.

Assim, os POPs a seguir apresentados têm o objetivo de padronizar o cuidado odontológico dessa população, sistematizar a assistência nas diferentes

especialidades, considerando a segurança do usuário e a melhoria da qualidade dos serviços, além da diminuição de infrações éticas e ocorrência de erros.

Referências

1. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Procedimento Operacional Padrão. Unidade de Bloco Cirúrgico. Normatização de Procedimentos do Centro Cirúrgico, Campina Grande: EBSEH. Hospital Universitário Alcides Carneiro, 2020. 57p.
2. Acreditação pela ONA – Organização Nacional de Acreditação. Disponível no site: <https://www.dnv.com.br/services/acreditacao-pela-ona-organizacao-nacional-de-acreditacao-74647>. Acessado em 29/01/2022.
3. IPASS - Instituto para Planejamento e Pesquisa para Acreditação de Serviços de Saúde. Disponível no site: <http://www.ipass.org.br/institucional.html>. Acessado em 29/01/2022.
4. MELLO HC. Acreditação ONA: O que é e como conseguir essa certificação hospitalar? Atualizado em 12/05/2022. Disponível no site: <https://blog.medicalway.com.br/acreditacao-ona-o-que-e-e-como-conseguir-essa-certificacao-hospitalar/#.YfkcZB9YAtw.link>. Acessado em 31/01/2022.



PRIMEIRA PARTE

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS
PADRÃO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

Capítulo 1: DIRETRIZES PARA O PROCEDIMENTO DE ANESTESIA LOCAL



OBJETIVOS

- Descrever as características farmacológicas e clínicas das soluções anestésicas locais de uso odontológico disponíveis na Unidade SORRIR;
- Descrever os procedimentos técnicos de anestesia local;
- Descrever os protocolos de uso das soluções anestésicas locais alinhados ao perfil epidemiológico do paciente.

1.1 TIPOS DE SOLUÇÃO ANESTÉSICA DE USO ODONTOLÓGICO

Para uso odontológico há necessidade da associação de um vasoconstritor ao sal anestésico devido a sua ação vasodilatadora a fim de evitar sua rápida absorção para a corrente sanguínea, aumentar a duração da anestesia local e controlar a hemostasia nos procedimentos que envolve sangramento.

A **Epinefrina** é o vasoconstritor associado ao sal anestésico **Lidocaína 2%** e **Articaína 4%** disponíveis nesta Unidade. É recomendado que estas sejam as soluções anestésicas de escolha para a quase totalidade dos procedimentos odontológicos em pacientes sistemicamente saudáveis, incluindo crianças, gestantes e idosos.



Características farmacológicas e clínicas dos anestésicos locais de uso odontológico disponíveis nesta Unidade:

- **Lidocaína 2% (20mg/mL) com Epinefrina (1:100.000)**

É o anestésico local mais usado em Odontologia, considerado o padrão-ouro. Sua ação se inicia entre 2 a 4 minutos. Proporciona entre 40 a 60 minutos de anestesia pulpar, e em tecidos moles, sua ação anestésica pode permanecer em torno de 120-150 minutos.

- **Mepivacaína 3% (30mg/mL) sem vasoconstritor**

Possui potência anestésica similar a Lidocaína. Sua ação se inicia entre 1,5 a 2 minutos. Possui discreta ação vasodilatadora, e por isso, apresenta como principal vantagem sua maior duração anestésica em relação aos demais anestésicos locais sem vasoconstritor. Promove anestesia pulpar por até 20 a 40 minutos.

- **Articaína 4% (40mg/mL) com Epinefrina (1:100.000)**

Possui potencial anestésico 1,5 vezes maior do que a Lidocaína, devido a sua rápida absorção óssea. Sua ação se inicia entre 1 a 2 minutos. Possui meia-vida plasmática mais curta do que a dos demais anestésicos (aproximadamente 40 minutos), e por isso a **Articaína** reúne as condições ideais de ser o anestésico de escolha para uso rotineiro em adultos, idosos e pacientes portadores de disfunção hepática.

Recomenda-se evitar bloqueios regionais com o uso das soluções de Articaína 4% porque tem sido associado a um aumento na incidência de PARESTESIA.

1.2 DOSES MÁXIMAS DE SAL ANESTÉSICO E VASOCONSTRITOR

O volume máximo da solução anestésica local deve ser calculado em função de três parâmetros:

- (1) concentração do sal anestésico na solução;
- (2) doses máximas recomendadas; e
- (3) peso corporal do paciente.

Quadro 1.1 - Recomendação de doses máximas de sal anestésico e vasoconstritor para uso odontológico disponíveis na Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão - SORRIR. São Luís, Maranhão, Brasil (2021-2023).

Anestésico local	Dose máxima (por Kg de peso corporal)	Dose máxima (independente do peso corporal)	Nº de tubetes (máximo por sessão)
Lidocaína 2% com Epinefrina (1:100.000)	4,4 mg	300 mg	8,3
Articaína 4% com Epinefrina (1:100.000)	7 mg	500 mg	6,9
Mepivacaína 3% sem vasoconstritor*	4,4 mg	300 mg	5,5

*A solução de Mepivacaína 3% é empregada quase que exclusivamente em procedimentos de curta duração, com previsão de pouco sangramento.

Exemplo do Cálculo da dose máxima e do número de tubetes de uma solução de **Lidocaína 2%**, por sessão de atendimento, para crianças e adultos, classificados no **Perfil Epidemiológico** como pacientes **Sem Comprometimento Sistêmico**:

SOLUÇÃO DE LIDOCAÍNA 2%

Contém 2 g do sal em 100 mL de solução = 20 mg/mL

20 mg x 1,8 mL (volume contido em 1 tubete) = 36 mg

Portanto, cada tubete de anestésico contém **36 mg de lidocaína**

Dose máxima de lidocaína = **4,4 mg/kg de peso corporal**

Exemplo da dose máxima para uma criança com 20 kg:

$20 \times 4,4 = 88 \text{ mg}$

$88 \text{ mg} \div 36 \text{ mg} = \mathbf{2,4 \text{ tubetes}}$

Exemplo da dose máxima para um adulto com 60 kg:

$60 \times 4,4 = 264 \text{ mg}$

$264 \text{ mg} \div 36 \text{ mg} = \mathbf{7,3 \text{ tubetes}}$

Exemplo da dose máxima para um adulto com 100 kg

$100 \times 4,4 = 440 \text{ mg}^*$

$300 \text{ mg}^* \div 36 \text{ mg} = \mathbf{8,3 \text{ tubetes}}$



ATENÇÃO!

No cálculo da dose máxima de Lidocaína para um adulto com 100 kg, apesar de a dose máxima atingir o valor de 440 mg, **esse paciente só poderá receber até 300 mg* de Lidocaína por sessão** de atendimento, que é a dose máxima absoluta desse sal anestésico, presente em 8,3 tubetes (Quadro 1.1).

1.3 FATORES IMPORTANTES NA ESCOLHA DO ANESTÉSICO

Para se obter uma anestesia local segura, com profundidade e duração adequadas, o cirurgião-dentista precisa considerar alguns fatores importantes para selecionar a solução anestésica mais apropriada ao procedimento a ser realizado e ao perfil epidemiológico do paciente.

1.3.1 TIPOS DE PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS

Para a tomada de decisão de qual anestésico irá escolher você deverá considerar:

- (1) tipo de procedimento;
- (2) tempo de duração do procedimento; e
- (3) necessidade de hemostasia.

Os procedimentos de curta a média duração, que demandem tempo de anestesia pulpar > 30 minutos, o cirurgião-dentista deve optar por uma das seguintes soluções: **Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000** ou **Articaína 4% com Epinefrina 1:100.000**.



Os procedimentos muito invasivos ou de maior tempo de duração (tratamentos endodônticos complexos, exodontias de inclusos, cirurgias plásticas periodontais) **NA MAXILA**, o cirurgião-dentista deve optar por uma das seguintes soluções: *bloqueio regional* com **lidocaína 2% com epinefrina 1:100.00** ou *técnica infiltrativa* com **articaína 4% com epinefrina 1:100.000**; e na **MANDÍBULA**, *bloqueio regional* com **lidocaína 2%% com epinefrina 1:100.00**. Os bloqueios regionais na MANDÍBULA podem ser *complementados* com *técnica infiltrativa* com **articaína 4% com epinefrina 1:100.000**.



ATENÇÃO!

Nos casos de procedimentos em que haja necessidade de **controle do sangramento**, a escolha deve recair nas soluções que contenham **Epinefrina 1:100.000** (Lidocaína 2% ou Articaina 4%).

1.3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES

Ao escolher o anestésico, o cirurgião-dentista deve considerar os seguintes perfis de pacientes:

- (1) Pediátricos;
- (2) Idosos;
- (3) Gestantes;
- (4) Pacientes Sistemicamente Comprometidos (Doenças Cardiovasculares, *Diabetes mellitus*, Asma, Insuficiência Renal Crônica, Lupus Eritematoso Sistêmico, Alterações Hepáticas, Disfunções da Tireóide);
- (5) Pacientes que fazem uso crônico de Antiagregante Plaquetário/Anticoagulantes; e
- (6) Pacientes que fazem uso de Bifosfonatos.

PACIENTES PEDIÁTRICOS

Recomenda-se o uso do anestésico **Articaina 4% com Epinefrina (1:100.000)** para crianças acima de 4 anos de idade, devido a sua elevada capacidade de difusão óssea, permitindo que se faça a técnica infiltrativa na mandíbula ao invés de bloqueio do nervo alveolar inferior para a realização de qualquer procedimento.



PACIENTES GESTANTES E IDOSOS



A gestação é um estado fisiológico. Se, durante a anamnese, a paciente informar que a **gestação está transcorrendo normal**, o cirurgião-dentista poderá anestésiar a paciente com **qualquer solução anestésica COM vasoconstritor**. Entretanto, algumas gestantes podem apresentar quadros de morbidade, como, por exemplo, o *Diabetes mellitus*, o que demanda maior atenção.

Quanto aos **pacientes idosos**, o raciocínio é o mesmo. Durante a anamnese investigar se o paciente possui algum tipo de doença sistêmica.

Em ambos os casos será necessário saber se o estado de saúde está controlado. Se não estiver, o paciente deverá ser encaminhado para o tratamento médico, e só depois ser realizado o atendimento, se for tratamento eletivo. Se for caso de **URGÊNCIA**, a solução anestésica recomendada é **SEM vasoconstritor**. Se o paciente estiver compensado, poderá receber qualquer solução anestésica **COM vasoconstritor**, selecionada em função do tipo de procedimento que será realizado.



PACIENTES SISTEMICAMENTE COMPROMETIDOS



Ao atender um paciente com alteração sistêmica (Doenças Cardiovasculares, Diabetes mellitus, Asma, Insuficiência Renal Crônica, Lupus Eritematoso Sistêmico, Alterações Hepáticas, Disfunções da Tireóide) é importante verificar se o mesmo está ou não compensado. Se o paciente estiver fora do período de risco, as soluções anestésicas de escolha serão a **Lidocaína 2%** ou **Articaína 4%**, ambas **com Epinefrina**.

Se o paciente estiver descompensado, o ideal será realizar apenas a **URGÊNCIA**, e neste caso a solução escolhida deverá ser a **Mepivacaína 3% sem vasoconstritor**. Terminado o atendimento, o paciente deverá ser encaminhado ao médico e quando este retornar compensado, o tratamento odontológico deverá ser concluído. E caso haja necessidade da realização de procedimentos com anestesia local neste momento poderão ser utilizadas as soluções anestésicas **Lidocaína 2%** ou **Articaína 4%**, ambas **com Epinefrina**.

PACIENTES QUE FAZEM USO CRÔNICO DE ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO E/OU ANTICOAGULANTES



O tratamento com esses medicamentos tem como principais indicações prevenir a formação ou a expansão de um coágulo intravascular arterial ou venoso em pacientes com fibrilação atrial ou próteses valvares cardíacas, ou naqueles que tenham antecedentes de trombose ou embolia. Portanto, algumas medidas devem ser adotadas no atendimento de pacientes que fazem uso contínuo de anticoagulantes.

As evidências apontam que para a realização de qualquer intervenção odontológica **NÃO HÁ NECESSIDADE** da descontinuação do uso desses medicamentos antes dos procedimentos, mesmo naqueles que causam sangramento.

Assim, nesta Unidade, recomenda-se para a anestesia local destes pacientes:

(1) O uso de solução anestésica **COM vasoconstritor** (preferencialmente a Epinefrina): **Lidocaína 2%** ou **Articaína 4%**; e

(2) Na mandíbula, preferir a técnica infiltrativa ou intraóssea com uso da **Articaína 4% com Epinefrina**.

PACIENTES QUE FAZEM USO DE BISFOSFONATOS

Os Bisfosfonatos constituem uma classe de medicamentos que diminuem a reabsorção óssea pelos osteoclastos, propiciando um tecido ósseo de alta densidade. Esses compostos são utilizados no tratamento de doenças que afetam o metabolismo ósseo, como a osteoporose pós-menopausa e a doença de Paget, e nos casos de hipercalcemia maligna ou metástases ósseas osteolíticas; estas últimas comuns em câncer de mama, pulmão ou próstata. Um dos efeitos adversos do uso prologando dos Bisfosfonatos de interesse odontológico é a **OSTEONECROSE DOS MAXILARES**. Entretanto, considerando que até o momento, muitas questões sobre a osteonecrose dos maxilares associada ao uso de Bisfosfonatos não foram elucidadas, **não há necessidade de mudar a rotina do uso das soluções anestésicas locais** porque o paciente faz uso deste medicamento.



1.4 CONTRAINDICAÇÕES DO USO DE SOLUÇÃO ANESTÉSICA COM VASOCONSTRITOR

Recomenda-se que as soluções anestésicas locais com **EPINEFRINA** (ou qualquer outro vasoconstritor adrenérgico) **NÃO sejam empregadas em pacientes nas seguintes condições:**

- Hipertensos (PA sistólica > 160 mmHg ou diastólica > 100 mmHg);
- História de infarto agudo do miocárdio, com capacidade metabólica < 6 MET (equivalentes metabólicos);
- Período < 6 meses após acidente vascular encefálico;
- Cirurgia recente de ponte de artéria coronária ou colocação de *stents*;
- Angina do peito instável (história de dor no peito ao mínimo esforço);
- Certos tipos de arritmias cardíacas, apesar do tratamento adequado (ex.: síndrome de Wolff-Parkinson-White);
- Insuficiência cardíaca congestiva não tratada ou não controlada;
- Hipertireoidismo não controlado;
- Feocromocitoma;
- História de alergia a sulfitos (maior prevalência em asmáticos);
- Pacientes que fazem uso contínuo de derivados das anfetaminas (femproporex, anfepramona, etc.), empregados nas “fórmulas naturais” de regimes de emagrecimento, atualmente proscritos pela ANVISA, mas adquiridos por pacientes como produtos de importação ilegal;
- Usuários de drogas ilícitas (cocaína, crack, óxi, metanfetaminas, ecstasy).

1.5 TÉCNICAS DE ANESTESIA LOCAL APLICADAS À CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Correspondem aos *bloqueios troncular e regional*, com interrupção reversível da condução nervosa em grandes ou pequenas áreas; ou por *infiltração local* de soluções anestésicas determinando perda da sensibilidade sem alteração do nível de consciência do paciente. A escolha de uma técnica anestésica é determinada pela necessidade clínica, ou seja, pela área que deverá ser insensibilizada, tendo por base a distribuição periférica do nervo Trigêmeo.



As técnicas anestésicas aplicadas à clínica odontológica são assim classificadas:

(1) Anestesia por Bloqueio Troncular

Maxila

- Nervo Infraorbitário
- Nervo Alveolar Superior
- Nervo Nasopalatino

(2) Anestesia por Bloqueio Regional

Mandíbula

- Nervo Alveolar Inferior
- Nervo Mentoniano

(3) Anestesia por Infiltração Local

- Incisivos e Caninos na Maxila
- Incisivos e Caninos na Mandíbula

TÉCNICA DO BLOQUEIO TRONCULAR DO NERVO INFRAORBITÁRIO

O bloqueio desta inervação é feito pela deposição da solução anestésica nas imediações do forame infraorbitário. Dessa forma, introduz-se a agulha na região entre o canino e o primeiro pré-molar superior até aproximadamente 10 mm abaixo do bordo inferior da cavidade orbitária. Essa é a técnica de escolha para intervenção na região dos pré-molares superiores.

TÉCNICA DO BLOQUEIO TRONCULAR DO NERVO ALVEOLAR SUPERIOR

Para intervenções que demandem anestesia de toda a região de molares superiores recomenda-se dobrar a agulha num ângulo entre 30° a 40° e introduzi-la na distal do 2º molar superior para que alcance o interior da fossa ptérigopalatina. Antes da injeção da solução anestésica deve ser realizada a aspiração para evitar injeção intravascular.

TÉCNICA DO BLOQUEIO TRONCULAR DO NERVO NASOPALATINO

Caso haja necessidade, o bloqueio do nervo nasopalatino deve ser obtido pela penetração da agulha no nível da papila incisiva, na região palatina, tendo como referência a linha média, onde deverá ser feita a injeção da solução anestésica.

TÉCNICA DO BLOQUEIO REGIONAL DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR

Previamente a inserção da agulha deve-se proceder à pesquisa dos pontos de reparo anatômicos que irão servir como referências para se eleger com precisão o local da punção: região do triângulo retro-molar e ramo ascendente da mandíbula.

Inicialmente a agulha é inserida paralelamente ao plano oclusal dos molares inferiores. Introduzindo-se 5 a 8 mm da agulha nesta posição e injetando-se a solução anestésica neste local, primeiro será obtido o bloqueio do nervo bucal e a seguir, o do nervo lingual. Para alcançar o nervo alveolar inferior é necessário mudar a posição da agulha. Esta modificação é feita sem retirá-la do interior dos tecidos, apenas aprofundando-a um pouco mais, e a seguir posicionando a seringa sobre os pré-molares do lado oposto. Nesta posição, aprofunda-se a agulha até sentir tocar o osso, que corresponde à porção posterior da face interna do ramo ascendente da mandíbula. A partir desse ponto, recua-se a agulha alguns milímetros e ejeta-se o restante do conteúdo do tubo anestésico.

Se, eventualmente, houver necessidade de complementar essa anestesia, recomenda-se a técnica infiltrativa na região dos dentes molares, que irão receber a intervenção, por vestibular e por lingual, empregando a **Articaína 4% com Epinefrina**.

TÉCNICA DO BLOQUEIO REGIONAL DO NERVO MENTONIANO

A agulha deverá ser introduzida entre os pré-molares inferiores paralelamente ao osso, aprofundando-a o suficiente para alcançar a metade da altura da face vestibular do osso mandibular, onde deverá ser ejetada a solução anestésica.

TÉCNICA POR INFILTRAÇÃO LOCAL DOS DENTES INCISIVOS E CANINOS NA MAXILA

Como o osso da maxila é relativamente poroso e sua camada cortical é fina, o anestésico se difunde com facilidade pela trama óssea alcançando as fibras terminais nervosas. Assim, a agulha deve ser posicionada o mais próximo possível à região apical de incisivos e caninos, para na sequência proceder a deposição da solução anestésica.

TÉCNICA POR INFILTRAÇÃO LOCAL DOS DENTES INCISIVOS E CANINOS NA MANDÍBULA

Diferentemente da maxila, o osso que constitui a mandíbula é compacto, o que dificulta a difusão da solução anestésica. Assim, a agulha deve ser posicionada paralela e o mais próximo possível do osso, chegando a tocar o perióstio na altura da região apical de incisivos e caninos, para na sequência proceder-se a deposição da solução anestésica, que nestes casos deve ser empregada a **Articaína 4% com Epinefrina**.

1.6 POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS DA ANESTESIA LOCAL

As soluções anestésicas locais de uso odontológico apresentam grande margem de segurança clínica, comprovada pela incidência de efeitos adversos aos anestésicos praticamente desprezível.



Reações alérgicas graves associadas à anestesia local em odontologia são raramente observadas

A maioria das intercorrências observadas têm como causa comum a **sobredosagem absoluta** ou **relativa** dos sais anestésicos e vasoconstritores empregados, ou mesmo o uso **incorreto das técnicas anestésicas**.

Níveis plasmáticos elevados das soluções anestésicas podem ocorrer devido a repetidas injeções ou podem resultar de uma única injeção intravascular acidental. No primeiro caso, temos uma **SOBREDOSAGEM ABSOLUTA**, ou seja, a injeção de um volume excessivo de anestésico; no segundo, uma **SOBREDOSAGEM RELATIVA**, quando o anestésico é administrado em doses adequadas, mas no interior de um vaso sanguíneo, atingindo rapidamente altas concentrações. Portanto, recomenda-se como MEDIDA PREVENTIVA para evitar tais intercorrências que antes da injeção de uma solução anestésica local seja feita a **aspiração negativa** e que a injeção seja feita lentamente, na razão de 1 ml/min, ou seja, para cada tubete anestésico (1,8 mL) **o tempo de administração seja aproximadamente de 90 segundos**.

E por fim, convém ressaltar, a importância da consulta odontológica inicial, especialmente a **ANAMNESE**, que permite ao cirurgião-dentista **delinear o perfil epidemiológico do paciente** que será tratado sob sua responsabilidade profissional. Desta forma, **o paciente poderá ser classificado de acordo com seu estado de saúde geral** ou **categoria de risco médico**, permitindo ao cirurgião-dentista avaliar se existe maior ou menor risco de ocorrer intercorrências durante o



procedimento de Anestesia Local, e assim tomar as **medidas preventivas** descritas neste Procedimento Operacional Padrão.

Referências

1. VOLPATO, M.A., ANDRADE, E. D., RANALI, J. Anestesia Local. In: Terapêutica Medicamentosa em Odontologia [recurso eletrônico]. ANDRADE, E. D. (Organizador). 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014; 238 p.
2. OLIVEIRA, A. E. F. & HADDAD, A. E. Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. E-book. 1ª ed. São Luís: EDUFMA, 2018, 117 p.

Capítulo 2: DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO E DOENÇAS CARDIOVASCULARES



OBJETIVOS

- Conhecer os parâmetros preconizados para o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Descrever alguns aspectos das doenças cardiovasculares mais comuns na população em geral de interesse para o atendimento odontológico;
- Descrever o manejo clínico do paciente com doenças cardiovasculares antes, durante e após o atendimento odontológico eletivo e, eventualmente, nos atendimentos de urgências;
- Descrever os cuidados adicionais que o cirurgião-dentista deverá tomar durante o atendimento de pacientes com doenças cardiovasculares graves para evitar qualquer intercorrência que os coloque em risco de vida.

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão é uma condição médica grave, na maioria dos casos assintomática e que pode ser definida por elevação persistente da pressão arterial sistólica e diastólica acima dos valores considerados normais (PAS >120 e/ou PAD >80), ou o uso reportado de medicamentos anti-hipertensivos. Estima-se que no Brasil a prevalência de hipertensão é de 30% na população geral, especialmente na faixa etária acima de 60 anos.

Quadro 2.1 – Valores da pressão arterial sistêmica para o diagnóstico de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020).

Estágio da pressão arterial	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Elevada	120-139	80-89
Estágio 1 da hipertensão	140-159	90-99
Estágio 2 da hipertensão	≥160	≥100
Crise hipertensiva	>180	>120

Durante a **ANAMNESE** é importante obter do paciente informações sobre o estágio atual da doença, posologia e tipos de medicamentos em uso. A principal preocupação durante o atendimento odontológico de um paciente hipertenso é a possibilidade de, durante o tratamento o paciente ter uma elevação abrupta na pressão arterial e desencadear um AVC ou infarto do miocárdio.

Para evitar tais intercorrências os pacientes com hipertensão devem ter sua pressão aferida **OBRIGATORIAMENTE** a cada consulta odontológica, bem como antes, durante e após a realização de procedimentos invasivos, com o objetivo de monitorar o estado clínico do paciente durante toda a intervenção.



Outro cuidado que requer atenção do dentista **CASO HAJA NECESSIDADE** é a prescrição de anti-inflamatórios em pacientes hipertensos. **Anti-inflamatórios não-hormonais (AINEs) podem diminuir a efetividade anti-hipertensiva dos medicamentos em uso.** Recomenda-se a prescrição de anti-inflamatórios hormonais (Corticosteróides), preferencialmente em dose única pré-operatória ou por tempo restrito (no máximo 2 ou 3 dias).

Reportamos abaixo a descrição de critérios que definem valores de pressão arterial que indica o quão seguro é realizar procedimentos odontológicos de caráter **ELETIVO** ou de **URGÊNCIA** em um paciente hipertenso. A partir da observação desses critérios descrevemos as condutas que são adotadas nesta Unidade:

HIPERTENSÃO NO ESTÁGIO 1 — pressão arterial controlada ou situada nos limites de até 160/100 mmHg, aferida no dia da consulta:

- Pode ser submetido a procedimentos odontológicos de caráter eletivo ou de urgência **SE O PACIENTE ESTIVER ASSINTOMÁTICO**;
- Planeje sessões curtas de atendimento, preferencialmente na segunda parte do período da manhã (entre as 10-12 h);
- Empregue soluções anestésicas contendo vasoconstritor **EPINEFRINA** na concentração de 1:100.000 associado à **Lidocaína 2% ou Articaína 4%**;
- Tenha **ATENÇÃO** redobrada para evitar injeção intravascular e para não ultrapassar **o limite máximo de tubetes de anestésicos** definido pelo peso do paciente contendo epinefrina 1:100.000, por sessão de atendimento;
- Para o controle da dor pós-operatória, dê preferência à dipirona ou paracetamol. Evite o uso de anti-inflamatórios não-hormonais (AINEs).

HIPERTENSÃO NO ESTÁGIO 2 — pressão arterial atingindo níveis >160/100 mmHg, mas ainda sem ultrapassar 180/110 mmHg:

- **Os procedimentos odontológicos eletivos estão contraindicados**;
- Encaminhe o paciente para avaliação médica e controle da pressão arterial;
- Nesta Unidade são realizados apenas procedimentos eletivos, entretanto, se eventualmente houver necessidade do atendimento de alguma **URGÊNCIA**, cuja intervenção não pode ser postergada, a conduta mais importante é o pronto alívio da dor, que é conseguido por meio da anestesia local e da remoção da causa. Para isso, empregue a solução anestésica **Mepivacaína 3% sem vasoconstritor**.

HIPERTENSÃO SEVERA, “ASSINTOMÁTICA” — pressão arterial em níveis > 180/110 mmHg, mas ainda sem apresentar sintomas:

- **Os procedimentos odontológicos eletivos estão contraindicados;**
- No caso de **URGÊNCIA**, o atendimento deverá ser feito em ambiente hospitalar, após avaliação médica e redução da pressão arterial para níveis mais seguros.

HIPERTENSÃO SEVERA, “SINTOMÁTICA” — pressão arterial sistólica >180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg, na presença de sinais e sintomas como dor de cabeça, alterações visuais, sangramento nasal ou gengival espontâneo e dificuldade respiratória.

- **Providencie Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - telefone 192) e solicite avaliação médica imediata.**
- A intervenção odontológica de **URGÊNCIA** só poderá ser feita em ambiente hospitalar, após a redução da pressão arterial para níveis seguros, a critério médico.

2.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Em 2019, segundo a Organização Mundial de Saúde, 17,9 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares, representando 31% de todas as mortes em nível global. Destes óbitos, estima-se que 85% ocorreram devido a ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs).

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos representadas por alterações congênitas ou adquiridas que dificultam a irrigação dos membros superiores e inferiores, do músculo cardíaco ou do cérebro.

Os mais importantes fatores de risco comportamentais para doenças cardiovasculares são dietas não saudáveis, sedentarismo, uso de tabaco e uso nocivo do álcool. Os efeitos dos fatores comportamentais de risco podem se manifestar em indivíduos por meio da hipertensão, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade. Essa cadeia de efeitos nocivos à saúde cardiovascular do indivíduo ao longo do seu ciclo vital é chamada de *Continuum*, e que se não for interrompida terá como desfecho as doenças cardiovasculares. As mais frequentes estão listadas abaixo.

2.2.1 DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA

A *doença cardíaca isquêmica* é uma condição decorrente da obstrução gradual das artérias coronárias por **ateromas**, o que acarreta uma diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio, podendo resultar em *isquemia do miocárdio*. A

isquemia do miocárdio, se transitória, é chamada de **angina do peito**. Já o **infarto do miocárdio** é a necrose de parte do músculo cardíaco, resultante da insuficiência crítica de irrigação sanguínea da área afetada.

- Na consulta inicial, investigue a frequência das crises de **angina do peito** ou o tempo decorrido do **infarto do miocárdio**, se for o caso;
- Avalie a pressão arterial sanguínea;
- Anote todos os medicamentos que o paciente faz uso e os horários das tomadas;
- Planeje sessões curtas (30-40 min), agendadas preferencialmente na segunda parte do período da manhã (a partir das 10 h);
- A anestesia local deve ser obtida por bloqueios regionais, empregando pequenos volumes de solução anestésica (**Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000**) ou pela técnica infiltrativa (**Articaína 4% com epinefrina 1:100.000**);
- Monitorize a pressão arterial e a frequência cardíaca durante o procedimento, se possível por meio de um monitor digital de pulso;
- Prescreva medicação pós-operatória para o controle efetivo da dor. Dê preferência aos corticosteroides e aos analgésicos como a **dipirona** ou o **paracetamol**, nas doses habituais.



2.2.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

A insuficiência cardíaca congestiva é uma doença na qual há uma diminuição da contratilidade do músculo cardíaco, ou seja, o coração não tem força suficiente para manter um volume de ejeção normal do sangue.

- As sessões de atendimento devem ser de curta duração;
- Coloque a cadeira na posição semi-inclinada, pois o paciente pode apresentar dificuldade respiratória na posição deitada;
- Se a doença estiver estável e o paciente avaliado pelo médico, podem ser empregados pequenos volumes de soluções anestésicas contendo epinefrina 1:100.000 (Lidocaína 2% ou Articaína 4%);
- Monitore a pressão arterial e a frequência cardíaca em intervalos regulares durante a consulta;
- Interromper o atendimento se houver aumento significativo da pressão arterial e frequência cardíaca, e encaminhar o paciente ao médico para investigar as causas dessa alteração.

2.2.3 ARRITIMIAS CARDÍACAS

São alterações no ritmo cardíaco que ocorrem em decorrência do mau funcionamento dos impulsos elétricos no coração, o que acarreta aceleração ou diminuição dos batimentos cardíacos.

A frequência normal dos batimentos cardíacos varia entre 50 - 100 batimentos por minuto nos adultos. A frequência cardíaca fora desse intervalo em repouso é considerada arritmia cardíaca:

- (1) **Taquicardia** – batimentos cardíacos acelerados (Frequência Cardíaca > 100 bpm).
- (2) **Bradicardia** – batimentos em frequência abaixo do normal (Frequência Cardíaca < 60 bpm).



Recomendações para o atendimento de pacientes com Arritmias Cardíacas

Ao relatar história de arritmia cardíaca na **ANAMNESE**, o paciente deve ser questionado sobre suas atividades diárias. Se não houver limitação de atividades no trabalho, poderá receber tratamento odontológico com anestesia local, **obedecendo-se os mesmos cuidados preconizados aos portadores de doença cardíaca isquêmica ou insuficiência cardíaca.**

- Importante saber as condições clínicas atuais do paciente, o tipo e a severidade da arritmia, bem como conhecer a medicação antiarrítmica utilizada;
- Para pacientes portadores de marca-passo cardíaco, importante saber o tipo de dispositivo e a necessidade de se evitar o uso de certos equipamentos que podem interferir no funcionamento do mesmo;
- Planeje sessões curtas (30-40 min), agendadas preferencialmente na segunda parte do período da manhã (a partir das 10 h);
- A anestesia local deve ser obtida por bloqueios regionais, empregando pequenos volumes de solução anestésica (**Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000**) ou pela técnica infiltrativa (**Articaína 4% com epinefrina 1:100.000**);
- **EVITE O USO DE EPINEFRINA** se o paciente for portador de **ARRITIMIAS SEVERAS** (por ex. Fibrilação Atrial, comum em idosos, pode ultrapassar até 300 batimentos por minuto) opte pela **Mepivacaína 3% sem vasoconstritor.**

Referências

1. ANDRADE, E.D. & VOLPATO, M.A. Portadores de Doenças Cardiovasculares. In: Terapêutica Medicamentosa em Odontologia [recurso eletrônico]. ANDRADE, E. D. (Organizador). 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014; 238 p.
2. MEDEIROS, F.B. & ALVES, L.A.C. Cardiopatias. In: Diretrizes para Atendimento Odontológico de Pacientes Sistemicamente Comprometidos. PICCIANI e colab. (Organizadores). 1ª ed. São Paulo: Quintessence Editora Ltda, 2019; 301 p.
3. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Nova diretriz de hipertensão arterial traz mudanças no diagnóstico e tratamento, 2020. Disponível no site: <https://www.portal.cardiol.br/post/nova-diretriz-de-hipertens%C3%A3o-arterial-traz-mudan%C3%A7as-no-diagn%C3%B3stico-e-tratamento>. Acessado em 13/01/2022.

Capítulo 3: DIRETRIZES PARA PROFILAXIA DE ENDOCARDITE INFECCIOSA



OBJETIVOS

- Identificar pacientes classificados de alto risco para endocardite infecciosa;
- Conhecer os procedimentos odontológicos que provocam bacteremia capaz de induzir a endocardite infecciosa;
- Selecionar o antibiótico mais adequado ao perfil sistêmico do paciente de alto risco para endocardite infecciosa;
- Conhecer os métodos de cuidado e de higiene bucal que diminui o risco de endocardite infecciosa.

3.1 ENDOCARDITE INFECCIOSA

A **Endocardite Infecciosa** é uma condição rara. Estima-se que ocorra um caso para cada 100 mil pessoas, entretanto, é uma intercorrência que causa sequelas graves e até mesmo o óbito.

Na maioria dos casos a **endocardite** é de origem bacteriana, mas muitos outros microrganismos podem causar a doença, inclusive fungos, que entram na corrente sanguínea e se instalam no endocárdio, numa válvula cardíaca ou num vaso sanguíneo.

Pessoas com algumas condições cardíacas têm maior risco, tais como:

- (1) doenças das válvulas cardíacas,
- (2) cirurgia de válvulas cardíacas,
- (3) doença cardíaca congênita e
- (4) história prévia de endocardite infecciosa.

Dependendo do grau de comprometimento da função valvar, os portadores da doença podem necessitar da colocação de uma *prótese valvar*. A partir daí, esse tipo de paciente passa a ser considerado de **alto risco para a endocardite infecciosa**, que pode se manifestar após procedimentos odontológicos que geram bacteremias transitórias.

Os estreptococos e estafilococos são responsáveis por mais de 80% dos casos, por estarem presentes na pele e nas mucosas. Também tem sido observado a presença de patógenos incomuns como o *Staphylococcus epidermidis*, bacilos entéricos e fungos. Além dos estreptococos e estafilococos, outras bactérias podem provocar a endocardite infecciosa, uma delas é a *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, comum na periodontite grave.

A base teórica da profilaxia da endocardite infecciosa está fundamentada em três pilares:

- (1) identificação dos pacientes com risco de desenvolver a doença;
- (2) conhecimento dos procedimentos indutores de bacteremia e;
- (3) seleção do agente antimicrobiano mais adequado.

3.2 PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA

Várias sociedades internacionais como *American Heart Association* (AHA, 2007), *Infectious Diseases Society of America*, *British Society for Antimicrobial Chemotherapy*, *Canadian Paediatric Society* e *Pediatric Infectious Disease Society and the Council on Scientific Affairs of the American Dental Association* têm revisado as diretrizes de profilaxia antibiótica para prevenção de endocardite infecciosa, baseadas em estudos que mostram não haver nenhuma correlação entre desenvolvimento de endocardite infecciosa e tratamento dental.

Desta forma, foi decidido que a profilaxia antibiótica deve ser utilizada **SOMENTE** em pacientes considerados de alto risco. Isso porque já há evidências de que os riscos de eventos adversos associados ao uso de antibióticos excedem os benefícios da terapia profilática antibiótica para esse evento, **EXCETO** nas situações de alto risco.

Assim, antes de determinados procedimentos dentários tais como manipulação do tecido gengival (procedimentos periodontais invasivos), mucosa oral (remoção de lesões) ou da região periapical (exodontia e procedimentos endodônticos) *em pessoas com maior risco para desenvolver a Endocardite Infecciosa* **RECOMENDA-SE** a profilaxia antibiótica.

São considerados pacientes com **ALTO RISCO PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA** aqueles portadores de:

- (1) Válvulas cardíacas protéticas;
- (2) Material protético utilizado para a reparação de válvulas cardíacas;
- (3) Defeito cardíaco congênito cianótico reparado ou não reparado;
- (4) Transplante cardíaco com regurgitação valvar devido a uma válvula estruturalmente anormal.



ATENÇÃO!

- 1) Exceto para as condições acima enumeradas, a **PROFILAXIA ANTIBIÓTICA** antes de qualquer outro procedimento dentário **NÃO É RECOMENDADA** para qualquer outro tipo de doença cardíaca congênita.
- 2) A princípio, a profilaxia da endocardite infecciosa **NÃO É RECOMENDADA** para pacientes submetidos a revascularização do miocárdio, por meio de angioplastia ou construção de pontes venosas ou arteriais, ou ainda para portadores de marca-passos ou desfibriladores cardíacos. Entretanto, nestes casos é o cardiologista que irá analisar as condições hemodinâmicas do paciente e decidir pela indicação ou não da profilaxia antibiótica.
- 3) O risco de **endocardite infecciosa pode ser diminuído** mantendo-se uma boa saúde oral por meio de cuidados dentários profissionais regulares. A manutenção da saúde oral e dos hábitos de higiene bucal diários reduz a incidência de bacteremia transitória e, conseqüentemente a endocardite infecciosa.
- 4) Procedimentos que **NÃO REQUEREM a profilaxia antibiótica**: técnicas anestésicas de rotina em tecidos não infectados, radiografias, colocação ou ajuste de aparelhos protéticos ou ortodônticos (incluindo brackets), esfoliação fisiológica de dentes decíduos e sangramento da mucosa oral ou labial devido a trauma.

3.3 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM RISCO PARA A ENDOCARDITE INFECCIOSA

Neste documento **SUGERIMOS** como Protocolo para o Atendimento Odontológico de Pacientes suscetíveis à Endocardite Infecciosa considerados de **ALTO RISCO** as Diretrizes recomendadas pela AHA (2007) e revisadas em 2009, apoiado nas recomendações e normas de condutas propostas pela literatura.

Assim, para a prevenção da Endocardite Infecciosa recomendamos o uso de antibióticos previamente aos procedimentos odontológicos invasivos, conforme descrito no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Regime de administração, tipo de antibiótico e posologia empregada para profilaxia antibiótica da Endocardite Infecciosa (AHA, 2007 revisada em 2009).

Regime ou condição	Antibiótico	Posologia:		
		Dose única 30 a 60 minutos antes do procedimento		
Regime padrão Via oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg	
Alérgicos às penicilinas	Cefalexina ou Clindamicina	2 g 600 mg	50 mg/kg 20 mg/kg	
	Azitromicina ou Claritromicina	500 mg 500 mg	10 mg/kg 10 mg/kg	
	Incapazes de fazer uso de medicação via oral	Ampicilina ou Cefazolina	2 g IM ou IV 1 g IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV para ambos
	Alérgicos às penicilinas e incapazes de fazer uso da medicação via oral	Cefazolina ou Clindamicina	1 g IM ou IV 600 mg IM ou IV	50 mg/kg IM ou IV 20 mg/kg IM ou IV

IM: intramuscular; IV: intravenoso.

Fonte: Wilson et al., 2007.

Esse Procedimento Operacional Padrão é um resumo das recomendações do Comitê da AHA (2007) revisada em 2009. Para leitura completa das diretrizes recomendamos os artigos 3 e 4 da lista de referências disponíveis nos sites <http://circ.ahajournals.org> e <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19467847/>



ATENÇÃO!

- As cefalosporinas (cefalexina e cefazolina) não devem ser empregadas em pacientes com história de anafilaxia, angioedema ou urticária decorrente do uso das penicilinas. Embora a ampicilina e a penicilina V sejam igualmente efetivas contra os *estreptococos alfa-hemolíticos in vitro*, a **AMOXICILINA** é recomendada por sua melhor absorção pelo trato gastrointestinal e por proporcionar níveis séricos mais elevados e duradouros.
- Nos casos em que o paciente esquecer de tomar a medicação antes do procedimento, esta pode ser administrada até duas horas após a intervenção.

Referências

1. ANDRADE, E.D. & VOLPATO, M.A. Portadores de Doenças Cardiovasculares. In: Terapêutica Medicamentosa em Odontologia [recurso eletrônico]. ANDRADE, E. D. (Organizador). 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014; 238 p.
2. Infective Endocarditis. American Heart Association. Disponível no site: www.heart.org/en/health-topics/infective-endocarditis. Acessado em: 27/10/2021.
3. WILSON W, TAUBERT KA, GEWITZ M, LOCKHART PB, BADDOUR LM, LEVISON M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007;116(15):1736-54. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>
4. FARBOD F, KANAAN H, FARBOD J. Infective endocarditis and antibiotic prophylaxis prior to dental/oral procedures: latest revision to the guidelines by the American Heart Association published April 2007. *International Journal of Oral Maxillofacial Surgeons*. 2009; 38:626-631. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19467847/>
5. ALLEN U. Canadian Paediatric Society. Infectious Diseases and Immunization Committee. Infective Endocarditis: Updated Guidelines. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2010; 21 (2): 74-77.

Capítulo 4: DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM *DIABETES MELLITUS*



OBJETIVOS

- Conhecer as alterações bucais relacionadas ao *Diabetes mellitus*;
- Descrever o manejo clínico do paciente com *Diabetes mellitus* descompensado em procedimentos eletivos, e eventualmente, nos atendimentos de urgências;
- Reconhecer os sinais e sintomas de crises de hipoglicemia e hiperglicemia no paciente com *Diabetes mellitus* descompensado de interesse para o atendimento odontológico;
- Conhecer os fármacos que podem potencializar o efeito de medicamentos hipoglicemiantes;
- Conhecer os critérios que classificam em categorias de risco para o atendimento odontológico os pacientes com *Diabetes mellitus* descompensado;
- Descrever os cuidados adicionais que o cirurgião-dentista deverá tomar durante o atendimento de pacientes com *Diabetes mellitus* descompensado para prevenir infecções pós-operatórias ou secundárias.



4.1 CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AO PACIENTE COM *DIABETES MELLITUS*

O *Diabetes mellitus* (DM) é uma doença metabólica sistêmica crônica, devido à deficiência parcial ou total de insulina. É considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma epidemia global emergente cujas complicações impactam a qualidade de vida do indivíduo. A OMS prevê que em 2030 haverá 439 milhões de portadores adultos de DM em todo o mundo. O DM pode ser do **Tipo 1**, que representa 10% da doença, com predomínio em crianças, adolescentes ou adultos jovens, embora possa ocorrer em qualquer idade. É caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas, provavelmente por mecanismos imunológicos, levando à deficiência total de insulina. Os 90% restantes são do **Tipo 2**, que ocorre geralmente em indivíduos adultos, obesos acima de 40 anos de idade.



Nesse tipo de diabetes, a dificuldade de absorção da glicose pelo organismo é devida a um conjunto de fatores:

- (1) o padrão alimentar rico em carboidratos, sobretudo em produtos alimentícios ultraprocessados;
- (2) aumento da resistência à insulina;
- (3) defeitos na secreção de insulina pelas células beta do pâncreas; e
- (4) aumento da produção de glicose endógena pelo fígado.



O **diabetes gestacional** é caracterizado pela presença de glicose elevada no sangue durante a gravidez, cujos níveis quase sempre se normalizam após o parto. No entanto, as mulheres que foram acometidas de diabetes na gestação apresentam maior risco de desenvolver o diabetes Tipo 2.

O diagnóstico do DM é obtido por meio dos exames de glicemia em jejum e da Hemoglobina glicada (HbA1c). O diagnóstico definitivo do DM é competência médica.

A Associação Americana de Diabetes (2022) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2021) preconizam os seguintes níveis de glicemia e critérios de diagnóstico para a DM, os quais estão descritos no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Valores da glicemia (mg/dL) e critérios diagnósticos para *Diabetes mellitus*.

Crítérios diagnósticos	Glicemia em jejum (mínimo de 8 horas)	Glicemia 2 h após 75g de Glicose	Glicemia casual ou aleatória	HbA1c
Glicemia Normal	70-99	<140	<200	<5,7
Intolerância à Glicose	100-125	≥140 e <200	----	5,7 – 6,4
DM	≥126*	≥200	≥200 (com sintomas)**	>6,4

DM: Diabetes mellitus. HbA1c: Hemoglobina glicada.

*Resultados de duas amostras colhidas em dias diferentes.

**Sintomas: sede excessiva, micções frequentes e perda inexplicável de peso corporal.

Atualmente, estima-se que o Brasil tem uma população aproximada de 12-15 milhões de diabéticos. Como decorrência da maior longevidade das pessoas com a doença, é cada vez mais frequente a necessidade de atendimentos odontológicos para essa população.

4.2 MANIFESTAÇÕES BUCAIS RELACIONADAS AO DIABETES MELLITUS

As alterações bucais observadas nestes pacientes não são sinais patognomônicos do DM; mas existem algumas condições que são mais frequentemente encontradas em pacientes com DM não controlado. Aqui, destacamos a **DOENÇA PERIODONTAL**. Pacientes com DM tipo 2 possuem 3 vezes mais chances de desenvolver doença periodontal do que pacientes normorreativos.

Desde 2013, após reunião de consenso entre pesquisadores da Federação Europeia de Periodontia e Academia Americana de Periodontia foi assumida a relação bidirecional entre DM e doença periodontal. Neste sentido, alguns estudos como os de Genco e Borgnakke (2020) e de Genco, Grazianni e Hasturk (2020) mostram que a periodontite grave nestes pacientes pode colaborar com a manutenção da hiperglicemia, dificultando o controle glicêmico. E por outro lado,

estes mesmos autores acreditam que o tratamento da doença periodontal contribui para o controle glicêmico e vice-versa.

A **Xerostomia** é outra queixa frequente entre os pacientes com DM, o que predispõe ao aparecimento de infecções fúngicas, principalmente a **Candidíase** (queilite angular, estomatite protética, glossite atrófica, candidíase pseudomembranosa e glossite mediana rômbica).



O tratamento da Candidíase deve ser SEMPRE realizado durante 2 semanas com antifúngicos tópicos ou sistêmicos:

TRATAMENTO TÓPICO:

Nistatina
Daktarin gel

TRATAMENTO SISTÊMICO:

Fluconazol (100 mg/dia)
Cetoconazol (200 mg/dia)
Itraconazol (200 mg/dia)

A **Síndrome da Boca Ardente** também tem sido relatada por pessoas com DM descompensada. É caracterizada por dor e ardor intensos em toda mucosa oral e está relacionada com a presença de **xerostomia, candidíase, alterações neurológicas e neuropatia**. Uma vez compensada o DM há uma melhora acentuada em todos estes sintomas.

4.3 MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES ODONTOLÓGICOS COM DIABETES MELLITUS

O cirurgião-dentista deve antecipar os riscos de complicações destes pacientes durante as consultas odontológicas. Para isso é prudente aferir a glicemia capilar e pressão arterial antes de cada consulta. Pacientes em jejum com glicemia **≤70 mg/dL** deverão se **alimentar antes da consulta** para evitar **crise hipoglicêmica**.

O cirurgião-dentista deve estar atento aos sinais e sintomas de crises agudas de hiperglicemia/hipoglicemia em pacientes com DM descompensado, os quais estão sumarizados no Quadro 4.2.

Quadro 4.2 – Sinais e sintomas de crises agudas de hiperglicemia e hipoglicemia.

Sinais e Sintomas	Hiperglicemia	Hipoglicemia
Velocidade de aparecimento	Lento	Rápido
Sede	Sim	Não
Urina	Poliúria	Normal
Fome	Muita	Muita ou Normal
Secura da boca	Presente	Ausente
Sudorese	Ausente	Frequente
Tremores	Ausente	Frequente
Fraqueza	Presente	Presente

Em casos de pacientes com DM descompensado **CUIDADO** com a prescrição de medicamentos:

- AAS e AINEs potencializam o efeito de medicamentos hipoglicemiantes.
- Evitar corticóides pelo risco de desencadear crise de hiperglicemia.

Os níveis glicêmicos alterados em jejum de pacientes com DM têm potencial de risco para o tratamento odontológico e são classificados nas seguintes categorias, conforme mostra o Quadro 4.3.

Quadro 4.3 – Critérios dos níveis glicêmicos para classificação da Categoria de Risco de pacientes com DM.

Categoria de Risco	Critérios
ALTO	Glicemia em jejum >250 mg/dL HbA1c >9%
MODERADO	Glicemia em jejum <250 mg/dL HbA1c entre 7 e 9%
BAIXO	Glicemia em jejum <200 mg/dL HbA1c até 7%

HbA1c: Hemoglobina glicada.

Fonte: SONIS; FAZIO; FANG, 1996.



Nos casos de **PROCEDIMENTOS ELETIVOS** recomenda-se como ponto de corte do nível glicêmico para **NÃO ATENDIMENTO** de pacientes com DM não compensado a **glicemia em jejum ≥ 250 mg/dL**.

Nos casos de **URGÊNCIA** não existem níveis máximos de glicemia estabelecidos para o atendimento odontológico. Entretanto, se a indicação de tratamento for um procedimento invasivo (por ex: exodontia) o cirurgião-dentista deverá avaliar o risco-benefício da realização do procedimento para o paciente. Nestes casos **RECOMENDA-SE** o uso racional de antibióticos para profilaxia de infecções pós-operatórias ou secundárias.

Apesar de não existir evidências que sustentem essa conduta, há um consenso entre especialistas de que altos níveis glicêmicos no momento da exodontia podem influenciar negativamente na cicatrização tecidual.



ATENÇÃO!

As recomendações para o Uso de Anestésicos Locais em pacientes com DM estão descritas no POP para ANESTESIA LOCAL. Por favor revise este POP e faça uma boa leitura!

Referências

1. ANDRADE, E.D. & VOLPATO, M.A. Diabéticos. In: Terapêutica Medicamentosa em Odontologia [recurso eletrônico]. ANDRADE, E.D. (Organizador). 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014; 238 p.
2. PICCIANI, B.I.S., SILVA SANTOS, P.S., SOARES JR, L.A.V., DOS SANTOS, B.M. Diabetes Mellitus. In: Diretrizes para Atendimento Odontológico de pacientes sistemicamente comprometidos. 1ª ed. São Paulo: Quintessence Editora Ltda. 2019; 301 p.
3. SONIS, S.T., FAZIO, R.C., FANG, L. Diabetes Mellitus. In: Princípios e Prática de Medicina Oral. Tradução por Sylvio Bevilacqua. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996; 491 p.
4. CHAPPLE ILC, GENCO R, and on behalf of working group 2 of the joint EFP/AAP workshop. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/ AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol 2013;84(4 Suppl.):S106-S112. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12077>
5. GENCO RJ, BORGNACKE WS. Diabetes as a potential risk for periodontitis: association studies. Periodontol 2000. 2020;83:40-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/prd.12271>
6. GENCO RJ, GRAZIANI F, Hasturk H. Effects of periodontal disease on glycemic control, complications, and incidence of diabetes mellitus. Periodontol 2000. 2020;83:59-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/prd.12271>
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S17-S38. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc22-S002>
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. In: Classificação, diagnóstico e metas de tratamento - 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/540652.1-2>

Capítulo 5: DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES GESTANTES



OBJETIVOS

- Identificar as principais alterações bucais que ocorrem durante a gestação;
- Conhecer procedimentos e técnicas operatórias para tratamento das situações de urgência passíveis de serem realizados em cada período gestacional;
- Conhecer os mecanismos de ação de anestésicos, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, e os respectivos riscos e benefícios para o binômio mãe-filho;
- Selecionar com segurança o fármaco adequado para cada situação clínica;
- Conhecer as medidas de segurança que reduzem a exposição da gestante e feto aos efeitos dos raios-X durante o exame radiográfico bucal.

5.1 CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA À GESTANTE

Os períodos gestacional e puerperal se caracterizam por mudanças físicas, fisiológicas, hormonais, psicológicas e emocionais que podem ter reflexos na condição de saúde bucal da mulher. O período puerperal é a fase entre a data do nascimento do bebê até aproximadamente 5 a 6 semanas, quando a mulher volta ao seu estado pré-gestacional com o início do processo de ovulação caracterizado pela grande diminuição dos níveis hormonais.

Há fortes evidências da necessidade de atenção à saúde bucal das gestantes, destacando-se os estudos que relacionaram um risco elevado de parto prematuro e baixo peso ao nascer em crianças cujas mães foram acometidas pela doença periodontal.

Assim, considerando a busca desta população por tratamento odontológico nesta Unidade, e que as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* devem garantir o cuidado em saúde bucal para as gestantes, incluindo o pré-natal odontológico estima-se que a gestante deva ser atendida pelo menos uma vez por

trimestre. Desta forma, os cirurgiões-dentistas desta Unidade devem ter o conhecimento necessário para prestar um atendimento seguro e humanizado para a saúde geral do binômio mãe-filho.

No âmbito do SUS o cuidado em saúde da gestante, da puérpera e até aos 24 meses da criança é realizado por uma equipe multiprofissional, que constitui a **REDE CEGONHA**. Essa rede foi instituída a partir da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde. Um dos pontos de atenção da Rede Cegonha são as Unidades de Especialidades Odontológicas que são referenciadas quando a paciente necessita de atendimento especializado.

Assim, nas consultas odontológicas de gestantes realizadas nesta Unidade, para cada período gestacional, devem ser considerados:

No 1º trimestre:

É o período menos adequado para tratamento odontológico devido às principais transformações embriológicas. Logo, este **NÃO** é o momento para se realizar as intervenções que **NÃO** se caracterizem como **URGÊNCIAS**.

No 2º trimestre:

O segundo trimestre é o mais estável para a mãe e o feto. É considerado o período **IDEAL** para o atendimento odontológico, podendo ser realizado pequenos procedimentos cirúrgicos, que não possam ser adiados.

Existe apenas o **perigo de hipotensão postural**, se a paciente for tratada na posição supina, e houver uma mudança brusca para a posição em pé.

É seguro realizar raspagem e alisamento radicular, restaurações, tratamento endodôntico, exodontias e tomadas radiográficas.

No 3º trimestre:

Nessa fase a gestante apresenta desconforto na cadeira odontológica durante o atendimento. Portanto, para evitar tais desconfortos, a cadeira deverá ser reclinada de modo que a paciente fique em posição semi-supina, desta maneira previne-se a ocorrência da **Síndrome de Hipotensão Supina**. É recomendado que o cirurgião-dentista coloque uma almofada para elevar a parte direita do quadril ou a gestante ficar voltada para o lado esquerdo, impedindo a compressão da veia cava inferior pelo útero. Nos casos de tratamento invasivo não-emergencial deve-se adiar para após o nascimento da criança. Entretanto, é possível realizar procedimentos de **URGÊNCIAS DE CURTA DURAÇÃO**, evitando deste modo ansiedade e estresse.



Para a gestante no 3º trimestre de gravidez as sessões de atendimento devem ser curtas, agendadas preferencialmente para a segunda metade do período da manhã, quando os episódios de enjoos são menos comuns.

Como medida preventiva, deve-se colocar a paciente sentada ou deitada de lado (preferencialmente o lado esquerdo) por alguns minutos, antes de sair da cadeira e assumir a posição em pé.

Apresentaremos aqui os **Protocolos Assistenciais de Urgência em Odontologia, por especialidade**, com os principais cuidados que você deverá ter com a gestante durante o atendimento odontológico para cada trimestre gestacional.

5.1.1 PERIODONTIA

As principais alterações na cavidade bucal durante a gravidez incluem as doenças periodontais (gingivite, hiperplasia gengival e granuloma piogênico). A GINGIVITE é a patologia periodontal mais frequente em gestantes, apresentando estimativas entre 30% e 100%. A **GINGIVITE GESTACIONAL** se inicia geralmente no terceiro mês de gestação e é caracterizada por uma gengiva de cor vermelho-escura (hiperemiada), edemaciada, sangrante e sensível.



Figura 5.1 – Gengivite gestacional no segundo trimestre da gravidez. (a) Vista intrabucal frontal mostrando inflamação gengival. (b) Maior aumento das regiões anterior superior e inferior, evidenciando vermelhidão na gengiva, edema nas papilas e sangramento espontâneo na região gengival do dente 22. Fotos cedidas pela Profª Drª Ana Regina Oliveira Moreira (Professora Associada da disciplina de Periodontia da UFMA).

A terapia periodontal supragengival e/ou subgengival deve ser imediatamente instituída e a educação em higiene bucal iniciada, uma vez que a doença periodontal pode elevar os níveis plasmáticos de prostaglandina, que é um mediador da inflamação e também responsável pela indução do parto.

Há muitas evidências mostrando a associação entre doença periodontal e desfechos adversos como o nascimento pré-termo (antes de completar 37 semanas de gestação), baixo peso ao nascimento (peso do bebê inferior a 2500 Kg) e pré-eclâmpsia (gestante com níveis pressóricos maiores que 140/90 mmHg, com proteinúria e idade gestacional acima de 20 semanas de gestação).

Em algumas gestantes, aproximadamente entre 1% a 5%, a gengivite progredirá localmente, evoluindo para um **GRANULOMA PIOGÊNICO**. Nestes casos recomenda-se que seja feita uma intervenção cirúrgica. Pequenas lesões respondem bem ao desbridamento associado ao gel de clorexidina. Nos casos em que a terapia periodontal básica não for eficaz, o profissional deverá avaliar o risco-benefício da excisão cirúrgica, envolvendo o tecido conjuntivo. Devido à dificuldade de controle do sangramento, este procedimento deverá ser realizado com prudência.

Vale lembrar que estas lesões removidas durante a gestação frequentemente recidivam.



Figura 5.2 –Paciente no segundo trimestre da gravidez com hipótese diagnóstica de Granuloma piogênico. (a) Lesão na região vestibulo-mesial do dente 13. (b) O destaque em maior aumento. (c) Vista intrabucal frontal após terapia básica periodontal não cirúrgica. (d) Vista intrabucal lateral mostrando total remissão da lesão. Fotos cedidas pela Profª Drª Ana Regina Oliveira Moreira (Professora Associada da disciplina de Periodontia da UFMA).

5.1.2 ENDODONTIA

A cárie não tratada foi considerada a doença crônica não transmissível mais prevalente pelo *Global Burden of Diseases* no ano de 2015, afetando 35% da população global, ou seja, 2.5 bilhões de pessoas em todo o mundo, incluindo gestantes.

Assim, se a cárie não for tratada e a desmineralização dos tecidos dentários continuar progredindo, haverá aumento da cavitação, exposição da dentina à invasão bacteriana, micro-exposição pulpar e aumento da inflamação pulpar com liberação de mediadores químicos, como bradicinina e histamina, responsáveis pela dor.

Na sequência, compartimentos do tecido pulpar são mantidos sob a agressão bacteriana, formam-se microabscessos superficiais que se coalescem e necrosam o tecido pulpar tornando-o infectado. A infecção avança no interior do canal

radicular em direção apical. Ocorre a necrose e infecção de praticamente toda a polpa radicular, como resultado dos eventos de agressão, inflamação, necrose e infecção.

A infecção se estende para os tecidos perirradiculares originando assim a periodontite apical, lesão osteolítica que pode ser sintomática ou assintomática. Quando sintomática pode caracterizar o Abscesso Agudo Apical em suas diversas fases.



Frente às urgências odontológicas (pulpites, abscessos, etc.), o tratamento não pode ser adiado, independente do período gestacional, pois as consequências da dor e da infecção podem ser muito mais maléficas à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico.

5.1.3 CIRURGIA BUCAL

Todo tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, incluindo **EXODONTIAS NÃO COMPLICADAS**, consequências da lesão de cárie não-tratada. Mas, por uma questão de bom senso as cirurgias mais invasivas devem ser programadas para o período pós-parto.

No caso das infecções que apresentam sinais locais de disseminação (celulite, linfadenite ou limitação da abertura bucal) e manifestações sistêmicas do processo tais como febre, taquicardia, mal-estar geral etc., a descontaminação do local deve ser complementada pelo uso sistêmico de antibiótico.



As sessões de atendimento devem ser curtas, agendadas preferencialmente para a segunda metade do período da manhã, quando os episódios de enjoo são menos comuns.

5.2 PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA À GESTANTE

Durante o tratamento odontológico da gestante o cirurgião-dentista deve ter segurança para realizar a prescrição medicamentosa. Isso porque é possível que ocorra a transferência de alguns fármacos, por meio da placenta, para o compartimento fetal. Desta forma, você deve conhecer os mecanismos de ação dos medicamentos comumente usados em Odontologia, de forma a realizar uma análise crítica dos riscos e benefícios da utilização destes fármacos, nesse período tão sensível da vida da mulher.

Para Andrade (2014), a barreira placentária é, na verdade, uma “peneira seletiva” e os fármacos comuns ao atendimento odontológico, como anestésicos, ansiolíticos, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, passam, com certa facilidade, da mãe para o feto, por serem moléculas de baixo peso molecular e lipossolúveis.

É importante conhecer os fármacos para a sua correta prescrição. Para isso, o *Food and Drug Administration (FDA)*, órgão que fiscaliza e estabelece normas para o uso seguro de medicamentos nos Estados Unidos propôs uma classificação em 5 categorias: A, B, C, D e X, considerando os riscos e seus efeitos na gestação.

A seguir, resumimos no Quadro 5.1 as principais informações sobre o uso de medicamentos na gestação, considerando a categoria de risco potencial dos fármacos para o feto e suas definições.

Quadro 5.1 – Uso de medicamentos durante a gestação, de acordo com a classificação da *Food and Drug Administration* em categorias de risco potencial dos fármacos para o feto e suas definições.

Categoria	Fator de Risco	Antibióticos	Analgésicos Anti-inflamatórios	Ansiolíticos	Anestésicos Locais
A	Estudos controlados em humanos não indicam risco aparentes para o feto				
B	Estudos em animais não indicam riscos para o feto, mas ainda sem estudos confiáveis para gestantes	Amoxicilina Cefalexina Clindamicina Eritromicina Metronidazol Penicilina	Ibuprofeno* (1º e 2º trimestre) Paracetamol**		Lidocaína Prilocaína
C	Estudos em animais mostraram efeitos adversos, mas não existem estudos em humanos	Ciprofloxacina	Dipirona Sódica** Corticosteróides** Aspirina		Mepivacaína Bupivacaína Articaína
D	Evidências positivas de risco fetal humano, cujos benefícios podem justificar o uso	Doxicilina Tetraciclina	Ibuprofeno* (3º trimestre) Aspirina (3º trimestre)	Barbitúricos Benzodiazepínicos	
X	Evidências positivas de anormalidades fetais, contraindicado tanto em gestantes como em mulheres que querem engravidar				

Fonte: Adaptado de PINHO; DUARTE, 2018; GIGLIO, 2009; ANDRADE; VOLPATO, 2014.

5.2.1 ANESTÉSICOS

Os anestésicos locais são lipossolúveis e atravessam facilmente a membrana placentária. Eles estão classificados nas categorias B e C da FDA. A escolha do anestésico deve ser aquela que proporcione maior conforto para a gestante. Assim, sempre que possível, as soluções anestésicas devem conter um vasoconstritor. O uso dos vasoconstritores retarda a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, aumentando o tempo de duração da anestesia, reduzindo o risco de toxicidade para a mãe e o bebê, e ainda tem ação hemostática.





A administração do anestésico local deve ser feita por meio de injeção lenta da solução, com aspiração prévia, para evitar a injeção intravascular e com a técnica anestésica adequada, para evitar a necessidade de repetições, não devendo exceder a 2 tubetes (3,6 ml), por sessão de atendimento.

Características das soluções anestésicas locais e suas indicações para o atendimento à gestante:

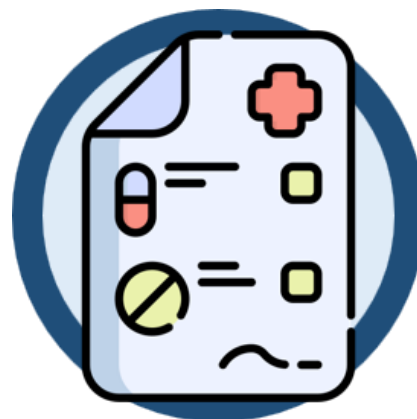
(1) A solução anestésica recomendada é a **LIDOCAÍNA a 2% com EPINEFRINA na concentração de 1:100.000** para os procedimentos eletivos, preferencialmente no 2º trimestre da gravidez. Assim como para os casos de **URGÊNCIAS** (Dor ou Infecção) na gestação normal, em grávidas com história de anemia, grávidas diabéticas ou com hipertensão arterial controlada. **MUITA CAUTELA** com os casos de grávidas com hipertensão arterial **NÃO** controlada. Avaliar o risco/benefício do atendimento ambulatorial com o médico Obstetra.

(2) Embora a **ARTICAÍNA** reúna ótimas características farmacocinéticas, como baixa lipossolubilidade, alta taxa de ligação proteica e rápida metabolização e eliminação renal, ainda não há evidências clínicas para justificar o seu uso em gestantes.

(3) A **PRILOCAÍNA** deve ser vista com cautela, uma vez que possui capacidade de atravessar a placenta com velocidade superior aos demais sais anestésicos disponíveis no mercado brasileiro e por ter a capacidade, em doses elevadas, de provocar metahemoglobinemia materna e ou fetal. Além disso, está associada a um vasoconstritor, a **FELIPRESSINA**, que por sua semelhança estrutural com a ocitocina, em doses bem elevadas, poderia agir sobre a musculatura lisa uterina, provocando contrações.

5.2.2 ANALGÉSICOS

É bom lembrar que quando julgamos necessário o uso de ANALGÉSICOS, supomos que o benefício de sua utilização deve superar os riscos. No entanto, sabemos que o tratamento medicamentoso para pulpites ou infecções odontogênicas é coadjuvante, e não resolve o problema por si só. Dessa maneira, a indicação para qualquer odontalgia é o tratamento local, auxiliado, se necessário, pela terapia medicamentosa.



Em casos de procedimentos cirúrgicos pouco invasivos, a resposta inflamatória é moderada e autolimitada, podendo ser prescrito um analgésico de ação periférica. Nos casos de intervenções mais complexas, fármacos com propriedades anti-inflamatórias serão necessários para prevenir a hiperalgesia e controle do edema pós-operatório.

A seguir, sumarizamos no Quadro 5.2 os principais analgésicos utilizados para o controle da dor em gestantes.

Quadro 5.2 - Principais analgésicos utilizados no pós-operatório, suas características e indicações para o controle da dor em gestantes.

Fármacos	Características /Indicações	Posologia
Paracetamol	Analgésico para dor suave a moderada. Fármaco de escolha em qualquer período da gestação.	Deve ser prescrito na concentração de 500 mg - 750 mg, a cada 6 horas
Dipirona Sódica	É o segundo fármaco de escolha. A indústria farmacêutica NÃO RECOMENDA seu uso no 1º trimestre nem no último trimestre. Risco de provocar fechamento prematuro do ducto arterial e de complicações perinatais, devido ao prejuízo da agregação plaquetária do binômio mãe-filho.	Deve ser prescrita apenas no 2º trimestre de gravidez após avaliação criteriosa do risco e benefício para o binômio mãe-filho, na concentração de 500 mg - 1 g, a cada 6 horas.
Analgésicos opioides	Devem ser evitados, pois o uso prolongado ou doses altas estão associados a anomalias congênitas e depressão respiratória na gestante.	

5.2.3 ANTI-INFLAMATÓRIOS

Dentre os anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) mais utilizados, o IBUPROFENO, DICLOFENACO, PIROXICAM, TENOXICAM, MELOXICAM e NIMESULIDA são **contraindicados** na gestação, principalmente no último trimestre, pois podem causar hemorragias na mãe e no feto, inércia uterina (contração insuficiente do útero durante ou após o parto) e fechamento prematuro dos canais arteriais do feto. O uso dos AINEs no último trimestre da gravidez está associado, também, ao prolongamento do trabalho de parto, devido à inibição da síntese de prostaglandinas relacionadas às contrações uterinas.

Quando houver necessidade do uso de um anti-inflamatório, prescrever **DEXAMETASONA** ou **BETAMETASONA**, em dose única de 2-4 mg, pois há evidências de que os corticoides não apresentam riscos de teratogenicidade em humanos.

5.2.4 ANTIBIÓTICOS

Em casos de infecções bacterianas, o principal tratamento consiste na remoção da causa, como a drenagem de um abscesso periodontal ou endodôntico. Se as infecções apresentarem sinais locais de disseminação e manifestações sistêmicas do processo como febre e mal-estar geral, deve-se complementar a descontaminação local com o uso sistêmico de antibióticos.

Os principais antimicrobianos utilizados em gestantes e suas características estão descritos no Quadro 5.3.

Quadro 5.3 - Principais antimicrobianos utilizados em gestantes e suas características.

ANTIBIÓTICOS	
Penicilinas	Estearato de Eritromicina, Macrolídeos ou Cefalosporinas
Antimicrobiano de primeira escolha	Em casos de PACIENTES ALÉRGICAS às PENICILINAS, utilizar, preferencialmente, o ESTEARATO DE ERITROMICINA, pois o estolato tem maior efeito hepatotóxico
Apresentam ação específica contra substâncias da parede celular das bactérias	Macrolídeos ou CEFALOSPORINAS também são indicados em casos de gestantes com alergia às penicilinas.
Não causam danos às mães nem aos fetos	
As mais indicadas são a AMOXICILINA e a AMPICILINA	

Fonte: Adaptado de ANDRADE; VOLPATO, 2014.

Em casos de infecções mais graves, associar a **PENICILINA + METRONIDAZOL** ou **CLAVULANATO DE POTÁSSIO**. E, se a paciente for alérgica, optar pela **CLINDAMICINA**.



ATENÇÃO!

As **TETRACICLINAS** são contraindicadas, pois atravessam a membrana placentária e são capazes de se ligar à hidroxiapatita, provocando alteração de cor dos dentes decíduos e permanentes, que vai do amarelo-claro ao marrom-escuro.

A **dentição decídua** se torna suscetível quando as tetraciclina são **administradas às mães entre o 4º mês da gestação** até cerca de nove meses após o nascimento do bebê.

Já nos **dentes permanentes**, ocorre quando a tetraciclina é **administrada em crianças de 3 meses a 8 anos de idade**.

Essas drogas também podem ser depositadas no tecido ósseo do feto, provocando retardo no crescimento, durante as primeiras semanas do pós-parto, e podem induzir anemia hemolítica ou icterícia no neonato.

5.3 EXAMES RADIOGRÁFICOS DURANTE A GESTAÇÃO

Os exames de imagem são essenciais para se estabelecer o correto diagnóstico da condição pulpar e periapical, bem como da condição periodontal e de outras patologias ósseas na região periapical. Nestes casos, o cirurgião-dentista não deve ter medo de lançar mão do exame radiográfico, mesmo nas gestantes, tomando todos os cuidados necessários de proteção para o binômio mãe-filho.

A seguir, enumeramos algumas medidas que reduzem a exposição aos raios-X e podem proteger a gestante e o feto, durante o exame radiográfico:

- 1ª. Profissional capacitado para evitar repetições por erro de técnica;
- 2ª. Uso de avental de chumbo;
- 3ª. Uso do protetor de tireoide;
- 4ª. Regulação da dose e duração dos raios-X;
- 5ª. Se possível, usar filmes radiográficos ultrasensíveis.

Quando utilizamos **filmes radiográficos ultrasensíveis**, que necessitam de 20% menos tempo de exposição do que os filmes convencionais a gestante é exposta a uma dosagem consideravelmente menor do que a dose necessária para causar malformações no feto, uma vez que nestes casos segundo o *National Council of Radiologic Protection and Measurements* o feto recebe apenas **0,0001 mGy** de radiação quando poderia receber até 50 mGy sem que sofresse dano algum.

Foram mostradas evidências de que o tratamento odontológico pode e deve acontecer em qualquer momento da gestação. A persistência de um quadro de infecção de origem dental é mais prejudicial para mãe e para o bebê do que a exposição a anestesia, medicamentos e a própria intervenção que possa ser instituída pelo cirurgião-dentista durante qualquer tipo de tratamento.





Neste e-book foram ressaltados alguns cuidados que devem ser tomados para um atendimento mais seguro ao binômio mãe-filho. Apesar do fato de o **primeiro trimestre** constituir o período de organogênese, onde as principais transformações embriológicas estão acontecendo e do **terceiro trimestre** exigir do profissional alguns cuidados, para garantir um tratamento odontológico sem intercorrências para a gestante, **todos os trimestres** são compatíveis com o tratamento

odontológico, podendo a gestante realizar qualquer tipo de tratamento odontológico necessário para restabelecer sua saúde bucal. **Sendo assim, o tratamento odontológico da gestante pode ser feito em qualquer trimestre gestacional.**

Referências

1. PINHO, J.R.O. & DUARTE, K.M.M. Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. OLIVEIRA, A.E.F. & HADDAD, A.E. (Org). São Luís: EDUFMA, 2018. 116 p.
2. LOPES, F.F., LIMA, L.L., RODRIGUES, M.C.A., CRUZ, M.C.F.N., OLIVEIRA, A.E.F., ALVES, C.M.C. Condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. Rev Bras Ginecol Obstet.; 2005; 27(7): 382-6.
3. THOMAZ, E. B. A. F., ALVES, C.M.C., RIBEIRO, C. C. C. et.al., Desfechos perinatais e alterações na cavidade bucal: coortes brasileiras de Ribeirão Preto e São Luís. Rev. bras. epidemiol; 2015;18 (04): 966-970. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040023>
4. COSTA, S.A. & SOUZA, S.F.C. Dores dentino-pulpaes e periapicais na dentição permanente. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. Saúde Bucal na Atenção Primária: urgências, doenças transmissíveis, gestantes, puérperas e pessoa com deficiência. Cuidado em saúde bucal para pessoas em situações de urgências odontológicas. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021. 37 p.

5. GIGLIO, N. W. Oral Health Care for the Pregnant Patient. *J Can Dent Assoc.* 2009; 75, (1): 43–48.
6. ANDRADE, E.D. & VOLPATO, M.A. Gestantes ou Lactantes. In: *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia* [recurso eletrônico]. ANDRADE, E. D. (Organizador). 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014; 238 p.
7. GONÇALVES, K.F. Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. 2016. 73 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150274/001008775.pdf?sequence=1%3E>



SEGUNDA PARTE

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS
PADRÃO PARA SITUAÇÕES
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM
ODONTOLOGIA**

Capítulo 6: DIRETRIZES PARA SOLUÇÃO DA OCORRÊNCIAS DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO



OBJETIVOS

- Padronizar as ações das equipes de profissionais de saúde para o atendimento de urgências e emergências médicas no consultório odontológico na Unidade SORRIR;
- Estimular a valorização da consulta inicial (anamnese, exame clínico e exames complementares) para delinear o perfil de risco do paciente sob sua responsabilidade;
- Identificar histórias prévias de alergia a medicamentos, anestésicos e condições sistêmicas do paciente que possam desencadear emergências médicas durante o atendimento odontológico.

6.1 URGÊNCIAS *versus* EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Na grande maioria das vezes **Urgências** e **Emergências Médicas no Consultório Odontológico** são tratadas como condições semelhantes. Entretanto, convém esclarecer que **Urgências** não implicam em risco de óbito, enquanto que as **Emergências** são aquelas situações que implicam em risco efetivo de óbito.

6.2 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS MAIS COMUNS QUE OCORREM NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

6.2.1 ALTERAÇÕES COM OU SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA SÍNCOPE

O que é?

Perda momentânea da consciência por falta de oxigenação cerebral. Geralmente, o paciente fica pálido, hipotenso, sonolento e com taquicardia.

O que você deve fazer?

- Avalie o grau de consciência do paciente, e coloque-o em **posição supina** (deitado de barriga para cima), com os membros inferiores mais elevados;
- Coloque a cabeça do paciente para trás, propiciando a passagem de ar;
- Aguarde a recuperação do paciente por 2 a 3 minutos, monitorando os sinais vitais até que retome a consciência;
- Caso necessário, administre oxigênio (3/5 L/min);
- Acione o SAMU (telefone: 192).



LIPOTÍMIA

O que é?

Desfalecimento sem perda de consciência. O paciente apresenta palidez, suores frios, vertigens, zumbidos e sensação de desmaio.

O que você deve fazer?

- Posicione o paciente em posição supina, ou coloque sua cabeça em direção às pernas com ele sentado, para tentar reestabelecer o fluxo sanguíneo ao cérebro e sua correta oxigenação;
- Se necessário, administre oxigênio (3/5 L/min).

Recomendações para prevenir Síncope e Lipotímia:

Para prevenir ambas as situações, o cirurgião-dentista deve:

- Avaliar o grau de ansiedade do paciente;



- Evitar que a pessoa tenha alguns estímulos visuais, como sangue, seringa e outros instrumentos;
- Não utilizar expressões que possam causar **medo e/ou pânico**;
- Orientar que a pessoa não compareça à consulta em jejum;
- Posicionar a cadeira em posição supina.



ATENÇÃO!

O **cuidado com a administração da anestesia** também deve ser considerado!

Dê preferência às técnicas anestésicas menos traumáticas, que tenham duração e eficácia adequadas para que o procedimento seja realizado sem dor.

HIPOGLICEMIA AGUDA

O que é?

Queda dos níveis plasmáticos de glicose no sangue (≤ 40 mg/dL). Pode ocorrer em indivíduos diabéticos ou não diabéticos. Nestes casos os principais sinais e sintomas são náuseas, sensação de fome e alteração no humor, seguidos por sudorese, taquicardia e aumento da ansiedade, podendo evoluir para convulsões e perda de consciência.

O que você deve fazer?

- Forneça ao paciente uma fonte de carboidratos simples de rápida absorção (doce, refrigerante, mel), caso o paciente esteja consciente.
- Caso o paciente esteja inconsciente, administrar 50 mL de solução aquosa de glicose a 50% por via endovenosa por 2 a 3 minutos.



HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

O que é?

A hipotensão ortostática pode ocorrer quando o paciente levanta rapidamente da cadeira e sente vertigens ou, até mesmo, desmaia.

O que você deve fazer?

Nesse caso, deite-o novamente até que os sintomas passem.

CRISE HIPERTENSIVA

O que é?

Elevação abrupta da pressão arterial. O paciente apresenta sinais como cefaleia, epistaxe (sangramento nasal), tontura, mal estar, confusão mental e distúrbios visuais.

O que você deve fazer?

- Interrompa imediatamente o atendimento, coloque o paciente em posição confortável e monitore seus sinais vitais;
- Administre um anti-hipertensivo (captopril sublingual 25 a 50 mg);
- Após o controle da crise, encaminhe o paciente para avaliação médica.

INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA

O que é?

Condição em que as glândulas adrenais deixam de produzir seus hormônios (cortisona e aldosterona). O paciente pode ter sintomas de confusão mental, vômitos, náuseas, pressão baixa, febre, desconforto abdominal, desidratação e hipoglicemia.

O que você deve fazer?

Nesse caso, acione o SAMU (telefone: 192) para que o paciente seja conduzido ao hospital.



ATENÇÃO!

Em caso de perda de consciência, confusão mental ou outras alterações, interrompa imediatamente o tratamento, retire algodão ou outros materiais da boca do paciente, coloque-o na posição supina e estimule-o com conversas para que ele continue responsivo.

6.2.2 ALTERAÇÕES COM DIFICULDADES RESPIRATÓRIAS

Nem sempre o primeiro sintoma de uma emergência médica no consultório odontológico virá acompanhado de desmaios ou tonturas. Às vezes, pode iniciar com dificuldades respiratórias, que podem ser causadas por hiperventilação, crise aguda de asma, edema pulmonar agudo e obstrução de vias aéreas por objetos estranhos.

No caso das dificuldades respiratórias, torna-se mais fácil compreender quais as causas que a desencadearam, pois sempre vão estar relacionadas às condições já existentes e que devem ter sido identificadas pelo cirurgião-dentista na Anamnese.



ANGINA PECTORIS

O que é?

Dor torácica retroesternal transitória, ocasionada pela diminuição do fluxo sanguíneo coronário. O paciente se queixa de dor ou desconforto no peito (sensação de “esmagamento ou queimadura”), além de sudorese aumentada, palidez e agitação.

O que você deve fazer?

- Coloque o paciente em posição confortável e administre dinitrato de isossorbida via sublingual (5mg);
- Se possível, administrar oxigênio (3/5 L/min);

- Caso os sintomas não cedam, administre novamente o dinitrato de isossorbida via sublingual (5mg);
- Controlada a crise, encaminhe o paciente para avaliação médica de urgência.

INFARTO DO MIOCÁRDIO

O que é?

Infarto é a degeneração do músculo cardíaco devido a uma diminuição acentuada e repentina de fluxo sanguíneo. Clinicamente, **o paciente apresenta uma dor severa semelhante à angina pectoris**, mas de maior intensidade, podendo relatar que a dor atinge nuca, braço esquerdo e mandíbula, além de apresentar náuseas, palidez, sudorese e cianose das mucosas (devido à redução do fluxo sanguíneo).

O que você deve fazer?

- Coloque o paciente em posição confortável, afrouxe suas roupas e comunique ao serviço médico de urgência.
- Monitore os sinais vitais do paciente enquanto o socorro médico não chega e administre dinitrato de isossorbida sublingual (5mg) para promover vasodilatação.

CONVULSÃO / EPILEPSIA

O que é?

Convulsão é uma desordem da função cerebral normal causada por um desligamento momentâneo das sinapses. Já a epilepsia é uma síndrome médica na qual existem convulsões recorrentes e involuntárias. Durante a crise epiléptica o paciente apresenta contrações musculares involuntárias, movimentos desordenados, desvio dos olhos e tremores.



O que você deve fazer?

- Em caso de convulsão, remova objetos ou instrumentos da boca do paciente (para evitar deglutição acidental);
- Coloque-o em posição supina;
- Afrouxe suas roupas;
- Proteja sua cabeça com a mão, toalha ou travesseiro e lateralize sua cabeça para que a saliva escorra e ele não se engasgue;
- Reduza a estimulação sensorial (como luz e barulho);
- Evite aglomeração de pessoas em torno do paciente;

- Caso haja necessidade, alguns medicamentos podem ser administrados, como **Midazolam** e **Diazepam** (0,2 a 0,3 mg/kg via intramuscular).
- As crises duram, em média, 5 minutos. Ao término, permitimos que a pessoa descanse ou até mesmo durma, posicionando-a em decúbito lateral, com uma das pernas flexionadas e a outra estendida.
- Acione o SAMU (**telefone: 192**) e encaminhe o paciente para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima da Unidade SORRIR.
- Recomenda-se que o paciente fique em observação, no mínimo, de 8 a 12 horas, pois novas crises podem ocorrer.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

O que é?

Desordem neurológica resultante de hemorragia intracerebral. Seus sinais e sintomas são bastante variados. No entanto a fraqueza é o sintoma mais comum, podendo estar associado também à dormência em um dos membros ou face, cefaleia, vômitos e diminuição/perda de consciência. Também pode comprometer a fala.



O que você deve fazer?

- Interrompa imediatamente o atendimento,
- Acione o SAMU (**telefone: 192**);
- Monitore os sinais vitais do paciente até a chegada do SAMU.

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO

O que é?

Durante o tratamento odontológico, são grandes as chances de objetos caírem na parte posterior da cavidade oral e interromper a respiração do paciente. Os sinais mais comuns são tosse, incapacidade de falar e pânico, podendo evoluir para incapacidade de respirar e perda de consciência.

O que você deve fazer?

Caso o paciente não consiga expelir o corpo estranho sozinho (neste caso, tossindo), recomenda-se realizar a **Manobra de Heimlich**, descrita em 5 passos:

- 1º. Posicione-se por trás do paciente, colocando seus braços ao redor da cintura e abaixo dos braços do paciente;
- 2º. Mantenha uma posição estável de modo que você não caia para trás ou para os lados durante o procedimento;
- 3º. Feche uma das mãos. Posicione essa mão fechada na altura média do abdômen, um pouco acima do umbigo do paciente e bem abaixo do apêndice xifoide. Se a vítima for gestante ou obesa, as compressões torácicas devem ser administradas no lugar das compressões abdominais;
- 4º. Junte a mão que está fechada com a outra mão, pressionando rápido e fortemente a mão fechada contra o abdômen do paciente, fazendo movimentos para dentro e para cima. Cada compressão deve ser forte o suficiente para deslocar o corpo estranho; e
- 5º. Caso o paciente consiga expelir o corpo estranho com o auxílio da **manobra de Heimlich**, ele deve ser avaliado em relação à presença de possíveis complicações antes de ser liberada do consultório.



Figura 6.1 – Execução da Manobra de Heimlich: visão frontal e lateral.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas.

6.3 REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE OU ALERGIA

O que é?

São mediadas pelo sistema imunológico e estão associadas a anestésicos locais, medicamentos anti-inflamatórios e antimicrobianos.

O que você deve fazer?

- Em casos mais leves, prescreva ao paciente **anti-histamínicos** por via oral, como **Loratadina**;
- Em casos mais graves, como choques anafiláticos, medidas devem ser tomadas logo no consultório;
 - Acione o SAMU (telefone: 192);
 - Monitore os sinais vitais do paciente até a chegada do SAMU;
 - Também é recomendada **ventilação do paciente** (3/5L/min de oxigênio)
 - Dependendo da gravidade é necessário administrar **adrenalina** (0,3 ml) subcutâneo ou intramuscular e **cloridrato de prometazina** (anti-histamínico, 50 mg via intramuscular).



6.4 PROTOCOLO PADRÃO DE PRIMEIROS SOCORROS PARA EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Na Unidade SORRIR, parte da Equipe de Cirurgiões-dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal coordenada pela Enfermeira da gestão de Qualidade receberam Capacitação em Suporte Básico de Vida para atuar nas situações de emergências médicas que possam eventualmente acontecer

Entretanto, destacamos abaixo o Protocolo Operacional Padrão a ser adotado como conduta efetiva para algumas destas situações de emergências.

• PACIENTE CONSCIENTE

Interrompa o que está fazendo e questione sobre o que está ocorrendo, batendo as mãos nos dois ombros do paciente. Se houver resposta, pergunte:

S - O que está **sentindo**?

A - Tem **alergia** a alguma coisa?

M - Toma algum **medicamento**?

P - Está em **tratamento** médico?

L - Quando foi a **última refeição** e o que comeu?

E - **Eventos** ocorridos relacionados ao incidente



ATENÇÃO!

Estas questões **SAMPLE** devem ser muito bem exploradas na **Anamnese**.

- Acione o SAMU (telefone: 192);
- Administre oxigênio (3/5 L/min);
- Afira os sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e temperatura), e verifique as pupilas e a força muscular bilateral.

• PACIENTE INCONSCIENTE

- Acione o SAMU (telefone: 192);
- Inicie as manobras visando a manutenção da vida do paciente;
- Verifique o pulso carotídeo (por no máximo 10 segundos);
- Caso o paciente tenha pulso, aplique ventilação mecânica a cada 5 e 6 segundos e cheque o pulso a cada 2 minutos;
- Se não tiver pulso, inicie ciclo de 30 compressões torácicas e duas ventilações (compressões: ritmo mínimo de 100/min e 5 cm de profundidade) e repita estes procedimentos até a chegada do SAMU ou desfibrilador se houver pulso checável.



ATENÇÃO!

É mandatório o atendimento complementar de um Serviço de Resgate ou SAMU, ou encaminhamento a uma UPA ou a um centro hospitalar de referência mais próximo. Após o paciente ser atendido e seu problema resolvido, ele retornará a esta Unidade para dar continuidade ao tratamento, mantendo assim o mecanismo de troca de informações entre as unidades de **referência** e **contra-referência do SUS**.

Referências

1. MALAMED, S. F. Emergências Médicas em Odontologia. 7ª edição. Elsevier Editora Ltda. Rio de Janeiro. 2016. 849 p.
2. PINNA NETO, G.C., SILVA, A.C.M. NICOLAU, R. A. Urgências e Emergências Odontológicas. Anais de Resumos do VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Paraíba. Revista Univap. 2006; 13(24): 934-936.
3. MARQUES, I.H.S. Emergências Médicas no Consultório Odontológico. 1ª edição. CIPOLA Gráfica e Editora. Presidente Prudente. 2005. 146p.
4. RAFAEL JUNIOR, J.C., SIQUEIRA, N.C., MELO, P.G.B. Urgências e Emergências médicas no consultório odontológico: conhecimento e condutas necessárias para o correto manejo do paciente. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2020; 32(2): 150-156.

Capítulo 7: DIRETRIZES PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES POR ACIDENTES COM INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES



OBJETIVOS

- Estabelecer condutas amparadas por lei para proteção e atendimento dos funcionários desta Unidade, vítimas de acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes e exposição a material biológico, como medida de prevenção às infecções;
- Aprender a fazer o registro de ocorrência de acidentes com instrumentos perfurocortantes e exposição a material biológico nesta Unidade;
- Conhecer o fluxograma de Notificação e Encaminhamento destes tipos de acidentes de trabalho para a Unidade de Saúde de Referência do Município de São Luís - MA.

7.1 PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS NOS CASOS DE EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS

Não é raro durante o atendimento do paciente ou durante o manuseio de limpeza e lavagem dos materiais odontológicos ocorrer acidentes com instrumental, lâmina de bisturi e agulhas expondo o profissional a material biológico. Esse tipo de exposição tem apresentado risco médio de transmissão de Hepatite B em acidentes perfurocortantes de 6% (quando o paciente fonte for HBsAg positivo com HBeAg negativo) a 40% (quando o paciente fonte for HBsAg e HBeAg positivos). A transmissão de Hepatite C em acidentes perfurocortantes é de 3% a 10%.

O risco de transmissão do vírus HIV em acidentes perfurocortantes é de 0,3% e de 0,1% em acidentes com exposição de mucosa.

Há evidências de redução de aproximadamente 80% no risco de transmissão do vírus HIV, por acidentes perfurocortantes quando utilizado o esquema de profilaxia pós-exposição. O **MINISTÉRIO DA SAÚDE** tem recomendado que estas

exposições sejam tratadas como **URGÊNCIAS MÉDICAS**, seguindo-se os protocolos preconizados.



ATENÇÃO!

O tempo recomendado para maior eficácia das profilaxias após exposição é de 2 horas e máximo de 72 horas após o acidente.

PRIMEIRA CONDUTA

Após a exposição a algum tipo de material biológico recomenda-se cuidados imediatos com a área atingida. **Nos casos de exposições percutâneas ou cutâneas estas medidas incluem a lavagem exaustiva do local exposto com água e sabão.**

Apesar de não haver nenhum estudo que demonstre o benefício adicional ao uso do sabão neutro nesses casos, recomenda-se **a utilização de soluções antissépticas degermantes.**

Também não há nenhum estudo que justifique a realização de expressão do local exposto como forma de facilitar o sangramento espontâneo.

Nas exposições de mucosas, deve-se lavar a área atingida exaustivamente com água ou com solução salina fisiológica.



ATENÇÃO!

Procedimentos que aumentam a área exposta para facilitar o sangramento espontâneo e a utilização de soluções como éter, hipoclorito ou glutaraldeído **SÃO CONTRAINDICADOS.**

SEGUNDA CONDUTA

Orientar o funcionário a comunicar imediatamente o acidente com exposição a agentes biológicos ao Coordenador do SESMT/CIPA da Unidade SORRIR para a **Notificação e Encaminhamento para a Unidade de Saúde de Referência do Município de São Luís**, a saber o Centro de Testagem e Aconselhamento **(CTA-LIRA)**.



TERCEIRA CONDUTA

O funcionário acidentado será encaminhado para avaliação ou para início da quimioprofilaxia na **Unidade de Saúde de Referência do Município de São Luís (CTA-LIRA)** localizada na Praça São Rocque S/N, Bairro Lira – São Luís – MA. Para facilitar a localização do CTA-Lira clique na imagem ao lado.

7.2 COMO FAZER O REGISTRO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO

Os acidentes de trabalho, incluindo acidentes com instrumentos perfurocortantes são notificados por meio do **Protocolo de Registro** desta Unidade, onde são registradas as informações sobre a **avaliação, aconselhamento, tratamento e acompanhamento** de exposições ocupacionais que envolvam patógenos de transmissão sanguínea.

Para conhecer o **Fluxo de Notificação de Acidente de Trabalho Típico** da Unidade de Especialidades Odontológicas SORRIR clique na imagem ao lado.



Condutas a serem tomadas após a Notificação de acidentes com exposição a material biológico:

1ª. Identificar o **paciente-fonte** do material biológico envolvido no acidente, explicar-lhe que houve um acidente ocupacional com exposição a material biológico, sendo necessário a realização de exames de sangue para orientar o tratamento do **profissional exposto**;

2ª. Deverá ser solicitado para o **paciente-fonte** os mesmos exames orientados para o **funcionário exposto** (ELISA ANTI-HIV, HBsAg, ANTI-HBc Total, ANTI-HBs, ANTI-HCV);

3ª. Caso o **paciente-fonte se negue** a fazer os exames, registrar o fato na Ficha de

Notificação do Acidente e tratar o caso como fonte desconhecida. Encaminhar o **funcionário exposto** para avaliação sorológica, devendo ser submetido à testagem para HIV (ELISA, ANIT-HIV), HBV (HBsAg, ANTI-HBc Total e ANTI-HBs) e para HCV (ANTI-HCV).

4ª Será garantido o compromisso ético com o sigilo dos resultados dos exames;

5ª Caso o **profissional exposto** ou **paciente-fonte** se recuse a realizar esses exames, deverá preencher e assinar um termo de responsabilidade, esclarecendo sobre essa recusa.

7.3 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO-LABORATORIAL APÓS EXPOSIÇÃO A MATERIAIS BIOLÓGICOS

O acompanhamento clínico-laboratorial deverá ser realizado às vítimas expostas a pacientes-fonte desconhecidos ou pacientes-fonte com infecção pelo HIV e/ou hepatites B e C, independente do uso de quimioprofilaxias ou imunizações.



PACIENTE-FONTE CONHECIDA

- Exames laboratoriais;
- Exames sorológicos - anti-HIV, HBsAg, anti-HCV;
- Se o paciente-fonte não apresentar resultado laboratorial reagente para infecção pelo HIV / HBV / HCV no momento do acidente, não estão indicados testes adicionais da fonte nem exames de *follow-up* do funcionário exposto.

PACIENTE-FONTE DESCONHECIDA

- Caso a condição sorológica do **paciente-fonte** seja desconhecida, considerar possíveis diagnósticos clínicos, presença de sintomas e história de comportamentos de risco para a infecção;
- Avaliar a probabilidade de alto risco para infecção, local onde o material perfurocortante foi encontrado, procedimento ao qual ele esteve associado, presença ou não de sangue;
- No acompanhamento laboratorial deverão ser avaliadas as possíveis toxicidades medicamentosas e condições sorológicas por meio dos seguintes exames:

(1). Exames laboratoriais específicos às profilaxias iniciadas

(hemograma, testes de função hepática e glicemia);

(2). Exames sorológicos - anti-HIV, HBsAg, anti-HCV com a finalidade de descartar que o funcionário acidentado não apresentasse, previamente, infecção por quaisquer desses vírus.

7.4 FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO DA UNIDADE DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DO MARANHÃO – SORRIR



Referências

1. ALVES S.B., SOUZA A.C., TIPPLE, A.F.V., REZENDE, K.C.D., REZENDE, F.R., RODRIGUES, E.G. Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela estratégia de Saúde da família. Rev Bras Enferm, 2012; 65(1): 128-34.
2. Lei Federal nº 12.305 de 02.08.2010 - Política Nacional de Resíduos Sólidos.
3. PEREIRA E.M & DA SILVA V.C. Manual de Biossegurança em Odontologia. 1ª ed. EDUFMA, São Luís. 2021.92p.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *status* de ACREDITAÇÃO da Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão - SORRIR tem caráter eminentemente educativo e contínuo, ou seja, para mantê-lo ou avançar para um nível acima, os critérios de segurança, incluindo os aspectos estruturais e a Gestão de Qualidade serão periodicamente avaliados.

Para tanto, prezados colaboradores (cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos de radiologia e prótese dental e, demais funcionários) há a necessidade de mantermos o desempenho identificado no Processo de Avaliação realizado pelo IPASS.

Assim, contamos com a efetiva colaboração de todos para, além de manter, avançarmos no desempenho da qualidade do atendimento aos usuários do SUS nesta Unidade.



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



INSTITUTO
ACQUA



ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Acreditação da Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão - SORRIR

certificado

Certificado: Nº 008-001-001 | Validade: 01/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a
PROJETO SORRIR

CNPJ: 02.973.240/0008-74

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada Instituto de Planejamento e Pesquisa para Acreditação em Serviços de Saúde - IPASS, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Serviço odontológico, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO

São Paulo, 05 de Janeiro de 2022

[Signature]
Organização Nacional De Acreditação


[Signature]
Instituição Acreditadora Credenciada

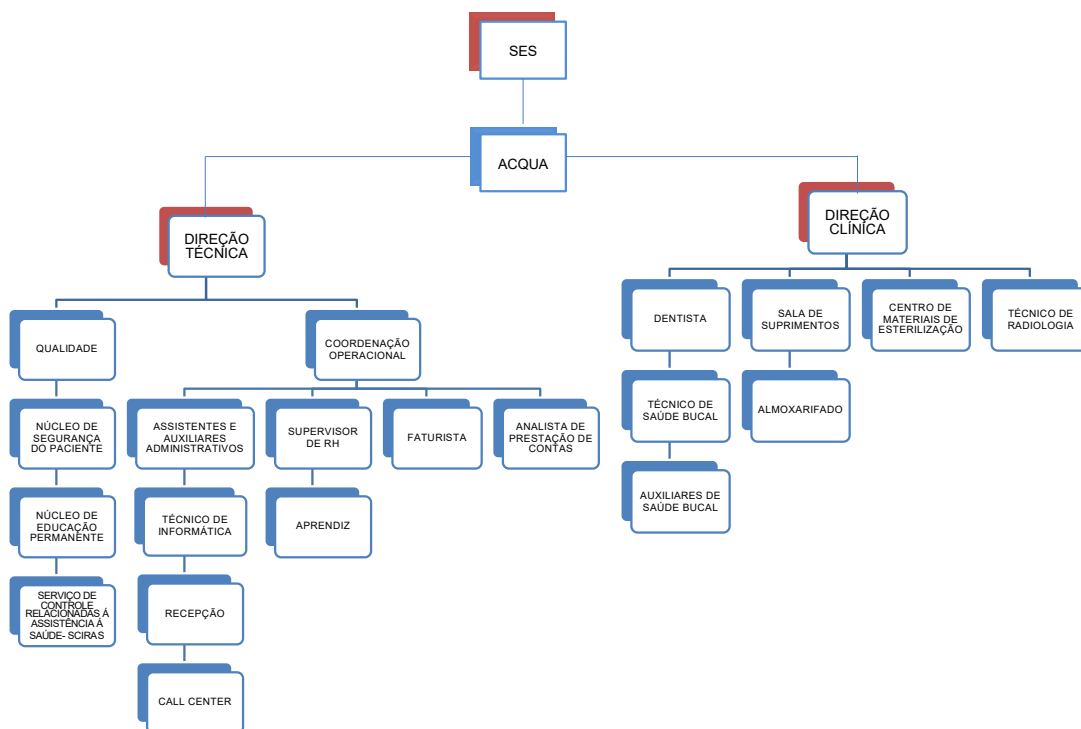


Entidades Fundadoras e Associadas



ANEXO B - Organograma da Estrutura Organizacional da Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão – SORRIR

	FLUXO-SORRIR		DOC N° SES/QUAL/ORG/0001
	ORGONOGRAMA		VERSÃO 01
ELABORAÇÃO Enª Deusinete Silva Dias	REVISÃO Drª Adriana Medeiros Araújo Pires Leal	APROVAÇÃO Drº Fabrício da Costa Saraiva	DATA 16/06/2021
			VALIDADE 16/06/2023



VALIDAÇÕES			
Diretoria Técnica	Diretoria Clínica	Gerente Administrativa	Outro
Data:	Data:	Data:	Data: