

Leandro da Cunha Dias
Cristiani Fiori Leão
Adriana Haack

Temas em Odontologia:

Recomendações Clínicas em Cirurgia Bucal, dor
Orofacial e Pacientes com Diabetes Mellitus



EDITORA
COLETA CIENTÍFICA

Leandro da Cunha Dias
Cristiani Fiori Leão
Adriana Haack

**Temas em Odontologia:
Recomendações Clínicas em Cirurgia
Bucal, dor Orofacial e Pacientes com
Diabetes Mellitus**

1ª edição
2022

**Editora
Coleta Científica**



DIAS, Leandro da Cunha; LEÃO, Cristiani Fiori; HAACK, Adriana.

Temas em odontologia: recomendações clínicas em cirurgia bucal, dor orofacial e pacientes com Diabetes Mellitus. Autores: Leandro da Cunha Dias; Cristiani Fiori Leão; Adriana Haack. Editor Jonas Rodrigo Gonçalves. Capa e supervisão Danilo da Costa. Unai/MG: Editora Coleta Científica, 2022.

1ª edição

65 fls.

DOI: <https://doi.org/10.29327/5121920>

DOI para colocação no currículo Lattes: 10.29327/5121920

ISBN: 978-65-996725-8-3

CDU: 613

EDITORA COLETA CIENTÍFICA

Editor-chefe da editora Coleta Científica

Jonas Rodrigo Gonçalves, Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil.

Editores desta obra

Jonas Rodrigo Gonçalves, Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil.

Danilo da Costa, Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil.

Conselho Editorial

1. Arthur Henrique de Pontes Regis, Faculdade Processus, DF, Brasil.
2. Alessandro Aveni, Universidade de Brasília, UnB, DF, Brasil.
3. Cristilene Akiko Kimura, Faculdade Sena Aires, FACESA, GO, Brasil.
4. Maria Aparecida de Assunção, Faculdade Processus, DF, Brasil.
5. Maria Inez Montagner, Universidade de Brasília, UnB, DF, Brasil.
6. José Osvaldo Silveira dos S., Universidade Católica de Brasília, Brasil.
7. Carla Chiste Tomazoli Santos, Faculdade Sena Aires, GO, Brasil.
8. Caroline Pereira da Costa, Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
9. Flavio Pereira de Sousa, Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil.
10. Julia Jensen Didonet, Universidade de Brasília, UnB, DF, Brasil.

Corpo de pareceristas

Como foi realizado o processo de revisão às cegas por pares, não serão divulgados os nomes dos pareceristas ad hoc.

INFORMAÇÕES EDITORIAIS DESTA OBRA

Tipo de Produção: Bibliográfica

Subtipo de Produção: Livro

Tiragem: Livro digital com tiragem de 100 unidades para arquivo

Reedição: Não

Reimpressão: Não

Meio de Divulgação: Obra Digital / Eletrônica

URL:

Idioma: Idioma Nacional

Cidade / País: Unai-MG, Brasil

Natureza da Obra: Obra Única

Natureza do Conteúdo: Resultado de Projeto de Pesquisa

Tipo da Contribuição na obra: Obra Completa

Tipo de Editora: Editora Brasileira Comercial

Nome da Editora: Editora Coleta Científica

Cidade da Editora: Unai-MG

Financiamento: Própria Editora

Conselho Editorial: Membros Nacionais

Distribuição e Acesso: Acesso Universal Livre

Informações Sobre Autores: Sim

Índice Remissivo: Não

Premiação: Não se aplica

Tradução da obra para outros idiomas: Não

Natureza do texto: Obra autoral que envolve a sistematização de resultados de um programa de pesquisa conduzido pelo próprio autor, fruto de sua trajetória profissional

Leitor preferencial: Obras acadêmicas destinadas a pesquisadores, docentes e especialistas da área e áreas afins

Origem da obra: Originada de grupos ou redes de pesquisa internas ao programa

A revisão linguística desta obra foi feita pelos próprios autores.

AUTORES

Leandro da Cunha Dias

Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), pertencente à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais pela Associação Nacional de Estudos Odontológicos (ANEO)-DF. Residência multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG. Graduação em Odontologia pela Unimontes-MG. Cirurgião bucomaxilofacial do Hospital Regional de Sobradinho (SES-DF).

 <https://orcid.org/0000-0003-0446-9116>

 <http://lattes.cnpq.br/1253268183306235>

E-mail: leandro.diasal@escs.edu.br

Cristiani Fiori Leão

Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), pertencente à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF); Especialização em Implantodontia pelo Exército Brasileiro (Ministério da Defesa); Especialização em Periodontia pela Associação Brasileira de Odontologia de Goiás (ABO-GO); Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão preto (UNAERP); Graduação em Odontologia pela Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA); Servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

 <https://orcid.org/0000-0001-9138-3171>

 <http://lattes.cnpq.br/0018893028817137>

E-mail: cristiani.leaosal@escs.edu.br

Adriana Haack

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB)-DF. Mestre em Nutrição Humana pela UnB-DF. Especialista em Nutrição Clínica, Enteral e Parenteral, com Metodologia Teórica e Prática pelo Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral (GANEP). Especialista em Nutrição Clínica pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). Especialista em Saúde Coletiva pela UnB-DF. Especialista em Nutrição e Envelhecimento. Especialista em Redes de Atenção à Saúde pela FIOCRUZ. Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pela FIOCRUZ. Graduada em Nutrição pela UnB-DF. Licenciada em Nutrição e Biologia pela Universidade Católica de Brasília-DF. Graduada em Biologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Nutricionista do Hospital Materno Infantil (HMIB) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Professora Titular e Orientadora do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), pertencente à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES-DF. Professora da Secretaria de Educação do Distrito Federal. Membro Técnico do Hospital de Ensino Materno Infantil de Brasília. Consultora do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Brasília. Recebeu, como profissional de nutrição, Moção de Louvor da Câmara Legislativa do Distrito Federal pelos relevantes serviços prestados à comunidade do DF. Membro da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde-BRAPEP.

 <https://orcid.org/0000-0003-1987-1335>

 <http://lattes.cnpq.br/2009643892310885>

E-mail: adrianahaack@hotmail.com

APRESENTAÇÃO

Na perspectiva de ampliação da quantidade e complexidade da oferta de serviços na rede pública de saúde, este livro tem o intuito de orientar os profissionais nas condutas a serem seguidas para o diagnóstico e o tratamento das mais diversas condições clínicas odontológicas, facilitando, assim, os fluxos de atendimento entre os diversos níveis de atenção.

O presente livro traz como proposta orientar e estruturar a rotina clínica do cirurgião-dentista para os atendimentos na área de Cirurgia Oral Menor e na especialidade de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, além do cuidado e manejo do paciente diabético que necessita de tratamento odontológico.

A importância de saber lidar com o paciente diabético no ambiente odontológico ajudará o cirurgião-dentista a reduzir falhas na execução de procedimentos e reduzir o tempo clínico, viabilizando, assim, uma prática clínica mais segura tanto para o profissional como ao paciente assistido.

Por ter caráter quase que protocolar e visando melhor aplicabilidade dos recursos humanos, materiais, logísticos e financeiros, seu uso e implementação é mais bem indicado aos serviços públicos de saúde; contudo, nada impede que seja uma referência, também, aos serviços privados de saúde odontológica.

Este material é produto de uma extensa e embasada pesquisa realizada no Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde (MPCS) da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), pertencente à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Desejamos aos leitores que este livro realmente possa ser útil e contribuir na prática clínica diária, cumprindo os objetivos aqui propostos.

Os autores

SUMÁRIO

PARTE 1 – RECOMENDAÇÕES EM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL	15
1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	17
3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10). 18	
4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL	20
5. CONDUTA.....	23
5.1. Conduta preventiva	26
5.2. Tratamento não-farmacológico	26
5.3. Tratamento farmacológico.....	26
5.3.1. Fármaco(s).....	26
5.3.2. Esquema de administração.....	27
5.3.3. Tempo de tratamento – Critérios de interrupção.....	28
5.4. Tratamento minimamente invasivo com fármacos.....	29
6. BENEFÍCIOS ESPERADOS	29
7. MONITORIZAÇÃO	29
8. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO.....	29
APÊNDICE – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	30

PARTE 2 – RECOMENDAÇÕES EM CIRURGIA ORAL MENOR...31

1. INTRODUÇÃO	31
2. JUSTIFICATIVA	31
3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10).32	
4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL	33
5. CONDUTA.....	33
5.1. Conduta preventiva	34
5.2. Tratamento não-farmacológico	34
5.3. Tratamento farmacológico.....	34
5.3.1. Fármaco(s).....	35
5.3.2. Esquema de administração.....	38
5.3.3. Tempo de tratamento – Critérios de interrupção.....	45
6. BENEFÍCIOS ESPERADOS	45
7. MONITORIZAÇÃO	45
8. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO.....	45
APÊNDICE – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	47

PARTE 3 - ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AO PACIENTE DIABÉTICO.....	49
1. INTRODUÇÃO	49
2. ANAMNESE, EXAME CLÍNICO E O RASTREAMENTO À DIABETES MELLITUS	51
3. DIAGNÓSTICO	52
4. RISCO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	53
5. COMPLICAÇÕES AGUDAS	54
5.1. Crise de hipoglicemia	54
5.2. Crise hiperglicêmica	54
5.3. Prescrição medicamentosa ao paciente diabético	55
5.4. Anestesia.....	55
5.5. Ansiedade nas consultas	55
5.6. Melhor período do dia para a consulta odontológica	56
5.7. Sinais vitais	56
REFERÊNCIAS.....	57
ÍNDICE REMISSIVO	63

RESUMO

Introdução: A tomada de decisão clínica em Odontologia deve sempre ser pautada na literatura mais atual e disponível sobre determinada especialidade, de forma a minimizar os riscos que uma conduta errada ou mal indicada possa oferecer, bem como reduzir os custos aos serviços de saúde. **Objetivo:** oferecer recomendações clínicas em Odontologia nas especialidades de cirurgia oral menor, disfunção temporomandibular e dor orofacial e também recomendações para manejo do paciente diabético. **Métodos:** para a elaboração deste livro, foram utilizados artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases Lilacs/Bireme, PubMed/Medline, SciELO e Capes, nos idiomas inglês, espanhol e português, com ênfase nos últimos dez anos, além de diretrizes, protocolos e manuais que retratam o tema em questão. **Resultados:** foi elaborado um livro contendo recomendações clínicas em temas específicos da Odontologia, de forma a subsidiar a prática clínica dos cirurgiões-dentistas. **Conclusão:** seguir parâmetros clínicos é indispensável para saber identificar e indicar a terapêutica mais adequada, tornando-se importante o estabelecimento e a execução correta de recomendações clínicas para melhor atender aos pacientes.

Palavras-chave: Odontologia; Cirurgia bucal; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Dor Facial; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Introduction: Clinical decision-making in Dentistry should always be based on the most current and available literature on a particular specialty, in order to minimize the risks that a wrong or poorly indicated conduct may offer, as well as reduce costs to health services. **Objective:** to offer clinical recommendations in Dentistry in the specialties of minor oral surgery, temporomandibular disorders and orofacial pain, as well as recommendations for the management of diabetic patients. **Methods:** scientific articles published in journals indexed in Lilacs/Bireme, PubMed/Medline, SciELO and Capes, in English, Spanish and Portuguese, were used for the preparation of this book, with an emphasis on the last ten years, in addition to guidelines, protocols and manuals that portray the subject in question. **Results:** a book was prepared containing clinical recommendations on specific topics in Dentistry, in order to support the clinical practice of dentists. **Conclusion:** following clinical parameters is essential to know how to identify and indicate the most appropriate therapy, making it important to establish and correctly execute clinical recommendations to better serve patients.

Keywords: Dentistry; Surgery, Oral; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Facial Pain; Diabetes Mellitus.

RESUMEN

Introducción: La toma de decisiones clínicas en Odontología siempre debe basarse en la literatura más actualizada y disponible sobre una determinada especialidad, con el fin de minimizar los riesgos que pueda ofrecer una conducta equivocada o mal indicada, así como reducir costos a los servicios de salud. **Objetivo:** ofrecer recomendaciones clínicas en Odontología en las especialidades de cirugía oral menor, trastornos temporomandibulares y dolor orofacial, así como recomendaciones para el manejo del paciente diabético. **Métodos:** para la elaboración de este libro se utilizaron artículos científicos publicados en revistas indexadas en las bases de datos Lilacs/Bireme, PubMed/Medline, SciELO y Capes, en inglés, español y portugués, con énfasis en los últimos diez años, además a lineamientos, protocolos y manuales que retraten el tema en cuestión. **Resultados:** se elaboró un libro que contiene recomendaciones clínicas sobre temas específicos en Odontología, con el fin de apoyar la práctica clínica de los odontólogos. **Conclusión:** el seguimiento de los parámetros clínicos es fundamental para saber identificar e indicar la terapia más adecuada, por lo que es importante establecer y ejecutar correctamente las recomendaciones clínicas para atender mejor a los pacientes.

Palabras clave: Odontología; Cirugía Bucal; Síndrome de la Disfunción de Articulación Temporomandibular; Dolor Facial; Diabetes Mellitus.

PARTE 01

RECOMENDAÇÕES EM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

1. INTRODUÇÃO

Dor orofacial (DOF) é um termo inespecífico, referente a um grupo de afecções dolorosas, agudas ou crônicas, que acometem os tecidos moles e duros da face e da cavidade bucal. Sua presença implica em repercussões particulares, uma vez que a face e a boca desempenham importante papel biológico, emocional e psicológico, causando impacto negativo na qualidade de vida. As dores orofaciais estão incluídas na Classificação Internacional das Cefaleias (2019), no item 11 referente às "Cefaleias ou dor facial atribuída a transtorno do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios paranasais, dentes, boca ou outra estrutura facial ou cervical", e no item 13 que trata das "Lesões dolorosas dos nervos cranianos e outras dores faciais". As dores na cabeça e na face têm alta prevalência no Brasil. Um estudo feito com 890 indivíduos adultos e idosos moradores em Ermelinho Matarazzo, município de São Paulo, encontrou mais da metade da amostra com dores. O bruxismo estava presente em 10,6% dos indivíduos e as queixas de dor de dente em 10,2%. Mais da metade dessa população apresentava dores em outras áreas do corpo que afetavam a realização de suas atividades diárias. O sexo feminino foi o mais acometido e a maior prevalência de dor foi relacionada com a presença de distúrbios do sono, uso contínuo de medicações para tratamento de doenças crônicas, prejuízos na qualidade de vida, ansiedade e depressão. Etiologicamente, as dores orofaciais podem ser divididas em odontogênicas e não odontogênicas¹.

As dores odontogênicas são aquelas que se originam nos dentes e/ou tecidos de suporte (periodonto), geralmente com caráter agudo e de fácil diagnóstico pelo cirurgião-dentista. A manifestação desse tipo de dor quase sempre é

local, mas também pode ocorrer espalhamento da dor ao redor do foco algico. Como exemplos corriqueiros, temos as dores decorrentes de pulpites, pericoronarites, periodontites apicais, alveolites e abscessos.

A disfunção temporomandibular (DTM) é a causa mais prevalente de dor orofacial não odontogênica². É uma expressão que define um conjunto de distúrbios agudos ou crônicos que acometem os músculos mastigatórios, as articulações temporomandibulares ou uma combinação destas estruturas. Seus sintomas mais comuns podem incluir limitação do movimento mandibular, dor muscular mastigatória, dor na ATM, limitação ou desvio da abertura bucal e ruídos articulares. No Brasil, estima-se que aproximadamente 37% da população apresente ao menos um sintoma de DTM. Contudo, nem todos os portadores de sinais positivos necessitam de tratamento. Somente aquelas disfunções que motivem queixas devem ser abordadas, o que atinge cerca de 15% da população. Mulheres são quase cinco vezes mais afetadas que homens e a idade mais frequente varia entre 19 e 45 anos. Sua etiologia é variada e pode compreender desarranjos articulares, distúrbios dos músculos mastigatórios, doenças sistêmicas ou tumores¹.

Sinais e sintomas de DTM também podem acometer crianças e adolescentes, mas em uma prevalência menor. A dor é a queixa mais comum das pessoas que procuram tratamento para disfunção temporomandibular, podendo ocasionar consequências à sociedade, por meio de custos diretos relacionados aos cuidados, e custos indiretos associados às faltas ao trabalho, à queda da produtividade. Sua prevalência, segundo a literatura, varia de 5% a 50%^{3,4,5,6}.

A abordagem e o atendimento de pacientes com disfunções temporomandibulares são de extrema importância, pois podem fornecer ferramentas para o planejamento de estratégias que busquem a promoção da saúde, qualidade de vida e tratamentos eficazes, de acordo com seus respectivos contextos sociais³.

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, lançada em março de 2004, contabilizou avanços importantes nessa última década. A prestação de serviços foi ampliada em quantidade e complexidade, reconhecendo a necessidade de

dispor o serviço de DTM/DOF em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁷.

Para uma correta e ideal indicação terapêutica e sucesso no tratamento, a avaliação de todos os possíveis sinais, sintomas e comorbidades, bem como o atendimento multiprofissional é fundamental, dentre eles: cirurgiões dentistas (CDs), fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e médicos (otorrinolaringologia, neurologia, reumatologia, acupuntura, psiquiatria⁴; que devem conjuntamente e preferencialmente atuar na sua área específica após o diagnóstico realizado pelo cirurgião-dentista).

2. JUSTIFICATIVA

Devido à sua magnitude, transcendência, alta prevalência e, sobretudo, pelo impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, a disfunção temporomandibular vêm se tornando um importante problema de saúde pública³. Uma associação significativa entre alterações psicossociais como depressão, somatização e estresse pós-trauma e as disfunções temporomandibulares^{8,9} podem repercutir diretamente na qualidade de vida do paciente com perdas na esfera social e emocional.

O objetivo principal destas recomendações é padronizar a ação dos profissionais de saúde para o atendimento em DTM/DOF, visando à otimização e expansão do atendimento na especialidade, maior resolutividade e redução dos atendimentos emergenciais e encaminhamentos para a atenção terciária.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

B02.2 - Neuralgia pós-herpética
D48.0 - Condromatose sinovial
F45.8 - Bruxismo
G24.4 - Distonia orofacial idiopática
G44-89 - Cefaleia atribuída a DTM
G44.84 - Cefaleia ou dor facial atribuída à outra moléstia do crânio, pescoço, olhos, orelhas, nariz, seios da face, dentes, boca ou outras estruturas cranianas e faciais
G50.0 - Neuralgia do trigêmeo
G50.1 - Dor facial atípica
G50.8 - Outros transtornos do nervo trigêmeo
G59.8 - Outras mononeuropatias em doenças classificadas em outra parte
G82.4 - Tetraplegia espástica
G81.1 - Hemiplegia espástica
G80.2 - Hemiplegia infantil
G80.1 - Diplegia espástica
I69.8 - Sequelas e outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas
I69.4 - Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico isquêmico
I69.3 - Sequelas de infarto cerebral
K07.6 - Transtornos da articulação temporomandibular (mandíbula estalante, desarranjo da ATM, Síndrome ou complexo de Costen, Síndrome da dor e disfunção da ATM)
K10.9 - Doença dos maxilares, não especificada
K14.6 - Glossodínia
K14.9 - Doença da língua, sem outra especificação
M19.0 - Artrose primária de outras articulações
M19.91 - Doença articular degenerativa
M25.5 - Dor articular
M26.62 - Dor articular, desordens do complexo côndilo-disco
M26.61 - Outras desordens de hipomobilidade
M26.69 - Condilose
M27 - Hiperplasia do processo coronóide.

M67.28 - Hipoplasia
M67.28 - Hiperplasia
M79.1 - Mialgia
M67.90 - Tendinite
M06.9 - Artrite reumatoide não especificada
M60 - Miosite
M79.7 - Fibromialgia
Q67.4 - Aplasia
R52.2 - Outra dor crônica
S02.6 - Fratura fechada do processo subcondilar
S03.0 - Subluxação maxilar
S03.4 - Luxação maxilar
T90.5 - Sequela de traumatismo intracraniano
T90.8 - Sequelas de outros traumatismos especificados da cabeça

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O diagnóstico é realizado pelo CD e é eminentemente clínico, por meio de anamnese e exame físico intra e extrabucais. Quando existe a necessidade de exames de imagem ou outros exames complementares, o CD deve providenciar a solicitação dos mesmos.

- Disfunção Temporomandibular – anormalidades que atingem a ATM e/ou os músculos da mastigação.

Etiologia

A tentativa de isolar uma causa nítida e universal de DTM não tem sido bem-sucedida. Estudos recentes concluem que a DTM tem origem multifatorial¹⁰. Faz parte de uma anamnese completa a identificação de fatores predisponentes (que aumentam o risco de DTM), fatores iniciadores (que causam a instalação das DTMs) e fatores perpetuantes (que interferem no controle da patologia). Dentre esses fatores, citaremos aqueles que supostamente são mais relevantes.

* Trauma

- Trauma direto ou macrotrauma
- Trauma indireto: representado por lesões tipo chicote
- Microtrauma: provocado por traumas de pequena magnitude, realizados de maneira repetitiva, como hábitos parafuncionais (bruxismo, apertamento dentário etc).

*Fatores fisiopatológicos

- Fatores sistêmicos: doenças degenerativas, endócrinas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas.

○ Fatores locais: alteração na viscosidade do líquido sinovial, aumento da pressão intra-articular, estresse oxidativo, etc.

*Fatores Genéticos

○ Presença de haplótipos associados à sensibilidade dolorosa.

Sinais e sintomas

Pessoas com disfunções temporomandibulares podem sentir dor forte ou desconforto, que pode ser temporária ou durar muitos anos. A dor e sensibilidade ocorrem mais comumente nesses lugares:

- Dor ou cansaço na cabeça e na face (região massetérica e temporal) e ombros;
 - Dor na região de face/cabeça irradiada para pescoço e região cervical ou vice-versa;
 - Odontalgia persistente que não acusa sinais clínicos e radiográficos conclusivos;
 - Dor ou dificuldade para bocejar ou mastigar alimentos duros;
 - Dor na ATM;
 - Dor na orelha/ouvido;
 - Má oclusão súbita (relato de alteração recente da mordida);
 - Sensações de ouvido tampado / plenitude auricular;
 - Sons articulares (estalos ou crepitações na ATM);
 - Travamentos episódicos de mandíbula;
 - Dor e/ou dificuldades para movimentar a mandíbula, limitação de abertura ou de fechamento da boca;
 - Aumento volumétrico da face uni ou bilateral que não seja de origem odontogênica.
- Outros sintomas que podem ocorrer na DTM incluem tonteiras e zumbido nas orelhas.

Diagnóstico

Ainda não há método confortável de diagnóstico e mensuração da presença e gravidade das disfunções temporomandibulares que possa ser usado de maneira irrestrita por pesquisadores e clínicos. Para diagnóstico de casos individuais, a anamnese continua sendo o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial. O exame físico é constituído por palpação muscular e da ATM, mensuração da movimentação mandibular ativa e análise de ruídos articulares. Este, quando executado por profissionais treinados e calibrados, é instrumento de grande validade no diagnóstico e na formulação de propostas de terapia, assim como de acompanhamento da eficácia dos tratamentos propostos.

O uso de modalidades auxiliares de diagnóstico, como imagens da ATM, por exemplo, é considerado um meio auxiliar em casos individuais. Nem sempre existe associação direta entre os resultados dos testes e a presença de sinais e sintomas de DTM. É importante a inclusão de algumas perguntas ligadas aos sinais e sintomas de DTM na anamnese. A resposta positiva a uma dessas questões pode sinalizar a necessidade de avaliação completa por profissional especializado em DTM e Dor Orofacial.

5. CONDUTA

- Organização das ações de vigilância – sobre os sinais e sintomas de DTM: desgastes oclusais anormais e retração excessiva associados às parafunções como o bruxismo³.

- Ações de promoção à saúde – ações educativas principalmente associadas aos grupos de cuidado³.

- **Abordagem individual**

- O diagnóstico para a identificação da DTM deve-se basear na anamnese e exame clínico³.
- Identificação dos fatores predisponentes.

- **Abordagem e Procedimentos na Atenção Primária**

Deverão ser observados sinais e sintomas, e o reconhecimento da disfunção temporomandibular e dores orofaciais³:

- Observação de dor e dificuldade nos movimentos mandibulares.
- Orientação de ações preventivas e educativas, tais como: hábitos nocivos, higiene do sono.
- Encaminhamento para diagnóstico para os centros de referência tratamento DTM.

1. Consulta
2. Consulta de reavaliação
3. Atividades em grupo na atenção básica
4. Orientações de ações educativas

- **Abordagem e Procedimentos na Atenção Secundária e Terciária (especialista em DTM)**

Atenção Secundária e Terciária: Avaliação do paciente para o diagnóstico das disfunções temporomandibulares e dores orofaciais. Realização de anamnese e exame físico e, havendo necessidade, a solicitação de exames complementares (radiografias, tomografias, ressonância magnética, polissonografia, exames laboratoriais). Classificação diagnóstica da DTM e da dor orofacial baseada no Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders¹². Serão realizados procedimentos preferencialmente conservadores e reversíveis para o controle da disfunção temporomandibular e dores orofaciais³.

1. Consulta para avaliação do paciente para o diagnóstico das disfunções temporomandibulares e dores orofaciais
2. Consulta de reavaliação
3. Cinesioterapia
4. Termoterapia
5. Dispositivos intrabucais (DIB)
6. Terapia medicamentosa
7. Terapia cognitivo-comportamental
8. Infiltrações anestésicas
9. Infiltração intra-articular com corticosteróide
10. Agulhamento seco
11. Bloqueio anestésico
12. Viscosuplementação
13. Artrocentese
14. Laserterapia

Atribuições do Cirurgião Dentista na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no PSF³

- ✓ Abordagem qualificada e direcionada para identificação e verificação da presença de dor na face e/ou na cabeça, ruídos articulares e alterações funcionais em pacientes, além da captação dos usuários com DTM e dor orofacial;
- ✓ Encaminhar e orientar os usuários e pacientes que apresentarem DTM e DOF ao CEO, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

Atribuições do Cirurgião Dentista especialista em DTM e DOF no CEO e em Hospitais e Centros de Alta Complexidade³

- ✓ Diagnosticar e tratar as DTM;
- ✓ Identificar os fatores predisponentes e responsáveis pela conduta terapêutica em atenção secundária;
- ✓ Fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados (informações sobre diagnóstico, fatores de risco, sexo, idade e índice de vulnerabilidade social) para registro;
- ✓ Trabalhar em equipe trans e interdisciplinar e multiprofissional;
- ✓ Identificar comorbidades psiquiátricas, neurológicas, alterações psicossociais e funcionais;
- ✓ Identificar e referenciar para as equipes de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais casos cirúrgicos, como fraturas, anquiloses, pseudoanquiloses, hiperplasias, reabsorções de ATM, luxações recorrentes;
- * A literatura científica atual não encontra suporte para a hipótese de que a má oclusão dentária é fator etiológico de DTM. Sendo assim, tratamentos ortodônticos, ajustes oclusais e cirurgias ortognáticas não são tratamentos de eleição para as disfunções temporomandibulares¹³.
- ✓ Encaminhar e orientar os usuários para os serviços especializados (Psicologia, Neurologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Reumatologia, Acupuntura) e assegurar o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de

complementação do tratamento, por meio da referência e contrarreferência.

✓ Fornecer os dados sobre os procedimentos de sua competência realizados (informações sobre diagnóstico, fatores de risco, sexo, idade e índice de vulnerabilidade social) para registro.

5.1. Conduta preventiva

Como a DTM é multifatorial, algumas destas causas não são possíveis de prevenção, por exemplo: fatores genéticos e traumas⁶.

5.2. Tratamento não farmacológico

- Uso de dispositivos intrabucais (placa estabilizadora, JIG)
- Indicação de exercícios fisioterápicos
- Laserterapia
- Cinesioterapia
- Termoterapia
- Terapia cognitivo-comportamental
- Agulhamento seco

5.3. Tratamento Farmacológico

5.3.1. Fármaco(s)

- Paracetamol 500 mg – comprimidos, solução oral 200 mg/mL - (nº DCB 06827).
- Ibuprofeno 600 mg – comprimidos, solução oral 50 mg/mL - (nº DCB 04766).
- Dipirona sódica – solução oral 500 mg/mL - (nº DCB 03121)
- Dipirona sódica solução injetável 1 g/2 mL – ampola 2 mL, 500 mg/mL (nº DCB 03121)
- Dipirona sódica 500 mg – comprimidos (nº DCB 03121)
- Ciclobenzaprina (cloridrato) comprimido revestido 10 mg – (nº DCB 02012)

- Gabapentina 400 mg / 300 mg – cápsulas (n° DCB 04369)
- Cloreto de sódio 0,9% - solução frasco (n° DCB 02421)
- Nortriptilina 10 mg / 25 mg / 50 mg – cápsulas (n° DCB 06523)
- Naproxeno 500 mg – cápsulas (n° DCB 06233)
- Naproxeno 250 mg – comprimido (n° DCB 06233)
- Celecoxibe 200 mg – cápsulas (n° DCB 01918)
- Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% 20 mL – ampola (n° DCB 05313)
- Carbamazepina 200 mg – cápsulas (n° DCB 01710)
- Amitriptilina (cloridrato) 25 mg (n° DCB 00711)
- Diclofenaco solução injetável 25 mg/mL – ampola 3 mL (n° DCB 02930)
- Codeína + paracetamol 30 mg + 500 mg – comprimidos (n° DCB 02545/06827)
- Dexametasona solução injetável 4 mg/mL, ampola 2,5 mL – ampola (n° DCB 02817)

5.3.2. Esquema de administração

- Paracetamol 500 mg – comprimidos, solução oral 200 mg/mL - (n° DCB 06827) ministrado de 6 em 6 horas por até 03 dias.
- Dipirona sódica – solução oral 500 mg/mL - (n° DCB 03121) ministrado de 6 em 6 horas por até 03 dias.
- Dipirona sódica solução injetável 1 g/2 mL – ampola 2 mL, 500 mg/mL (n° DCB 03121) ministrado endovenoso ou intramuscular de 6 em 6 horas por até 3 dias.
- Dipirona sódica 500 mg – comprimidos (n° DCB 03121) ministrado de 6 em 6 horas por até 03 dias.
- Diclofenaco solução injetável 25mg/mL – ampola 3 mL (n° DCB 02930) ministrar via intramuscular 1 vez ao dia por até 2 dias.
- Codeína + paracetamol 30 mg + 500 mg –

comprimidos (n° DCB 02545/06827) ministrado 4 vezes ao dia por até 3 dias.

- Naproxeno 500 mg – cápsulas (n° DCB 06233) ministrado 1 vez ao dia, por até 3 dias.
- Ibuprofeno 600 mg – comprimidos, solução oral 50 mg/mL - (n° DCB 04766) ministrado de 8 em 8 horas por até 05 dias.
- Naproxeno 250 mg – comprimido (n° DCB 06233) ministrado 1 a 2 vezes ao dia por até 3 dias.
- Celecoxibe 200 mg – cápsulas (n° DCB 01918) ministrado 2 vezes ao dia por até 3 dias.
- Dexametasona solução injetável 4 mg/mL, ampola 2,5 mL – ampola (n° DCB 02817)
Injeção intra-articular de 1 mL por procedimento.
- Ciclobenzaprina 10 mg – comprimidos (n° DCB 02012) 01 comprimido de 12 em 12 horas por até 03 dias.
- Gabapentina 400 mg / 300 mg – cápsulas (n° DCB 04369) ministrado com dose inicial de 300 a 900 mg por dia, até dose máxima de 3600 mg/dia.
- Nortriptilina 10 mg / 25 mg / 50 mg – cápsulas (n° DCB 06523) ministrado duas a três vezes ao dia com dose máxima de 150 mg/dia.
- Carbamazepina 200 mg – cápsulas (n° DCB 01710) ministrado inicialmente 1 a 2 vezes ao dia, até dose máxima de 1200 mg/dia.
- Amitriptilina (cloridrato) 25 mg (n° DCB 00711) ministrado inicialmente 1 vez ao dia, com dose máxima de 75 mg/dia.

5.3.3. Tempo de tratamento – Critérios de interrupção

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação a medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de referência para consulta com o profissional.

5.4. Tratamento minimamente invasivo com fármacos

- Artrocentese
- Infiltrações intra-articulares com anestésicos e corticoides
- Viscosuplementação
- Bloqueios anestésicos

6. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Reabilitar e recuperar o equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático, possibilitando o desempenho, sem dor, e manutenção de suas funções (função mastigatória, fonética, estética), promovendo, assim, o bem-estar físico, mental e social do usuário⁸. Diminuir o número de atendimentos emergenciais e conseqüentemente internações hospitalares de origem odontológicas.

7. MONITORIZAÇÃO

O número de atendimentos para tratamento da DTM é individual e será determinado pelo cirurgião-dentista de acordo com o quadro clínico e gravidade do caso. Em média, o intervalo entre as consultas varia de uma semana.

8. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

- Realizado na UBS de referência seis meses após a conclusão do tratamento.
- O paciente deverá comparecer a UBS para agendar a consulta.
- O acompanhamento deverá ser na unidade de atendimento especializado, caso o paciente faça uso de dispositivo intrabucal.

APÊNDICE

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – DTM

Eu, _____ RG _____
_____, ou meu _____ responsável
legal _____ RG _____

declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo cirurgião(ã)-dentista (CD) sobre os procedimentos aos quais irei me submeter durante o tratamento de disfunção temporomandibular (DTM), descritos abaixo:

Estou ciente que deverei comparecer às consultas agendadas e que 4 (quatro) faltas, com ou sem justificativas, caracterizam abandono do tratamento.

Fui orientado(a) de que devo informar ao CD sobre possíveis intercorrências (alterações/problemas) que porventura possam surgir durante o tratamento, como por exemplo: cicatriz/depressão no local da punção (perfuração), equimose e/ou hiperemia (vermelhidão) na região manipulada, dor pós-procedimento, limitação da abertura da boca, dificuldade em mastigar, cefaleia (dor de cabeça), dentre outras.

Fui esclarecido(a) pelo(a) CD sobre os cuidados que devo observar e as orientações/conduas que devo seguir para a melhora do meu quadro clínico e para evitar que esse se agrave (piore).

Declaro que as informações por mim prestadas neste prontuário são verdadeiras. Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para a realização do(s) procedimento(s) acima descrito(s). Declaro que sei ler e escrever em língua portuguesa.

_____, ____ de _____ de 20__

Paciente ou responsável

Cirurgião-Dentista

PARTE 02

RECOMENDAÇÕES EM CIRURGIA ORAL MENOR

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia oral compreende todo tipo de procedimento cirúrgico realizado sob anestesia local, sedação ou anestesia geral em todo o aparelho estomatognático. O termo *cirurgia oral menor* é definido como cirurgias de pequeno porte que podem ser realizadas no próprio consultório odontológico.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma unidade de saúde destinada ao atendimento odontológico ambulatorial especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e serve como referência para a Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo a Portaria MS/GM nº 599 de 23 de março de 2006, que estabelece os critérios para implantação desses centros, as seguintes atividades especializadas devem ser ofertadas: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico precoce e detecção do câncer bucal; periodontia especializada, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros e atendimento a portadores de necessidades especiais.

2. JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento do presente protocolo visa padronizar a conduta dos cirurgiões dentistas quanto à normatização do atendimento na especialidade de cirurgia oral menor, bem como estabelecer os procedimentos realizados na atenção secundária e os critérios para encaminhamento.

3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- G50.0 – Nevralgia do trigêmeo
- G50.8 – Outros transtornos do nervo trigêmeo
- K00.1 – Dentes supranumerários
- K01 - Dentes inclusos e impactados
- K01.0 - Dentes inclusos
- K01.1 - Dentes impactados
- K04.4 - Periodontite apical aguda de origem pulpar
- K04.5 - Periodontite apical crônica
- K04.6 - Abscesso periapical com fístula
- K04.7 - Abscesso periapical sem fístula
- K04.8 - Cisto radicular
- K04.9 - Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas
- K06.2 - Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos
- K06.8 - Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
- K06.9 - Transtorno da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes sem outra especificação
- K08.1 - Perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas
- K09.0 – Cistos odontogênicos de desenvolvimento
- K09.1 – Cistos de desenvolvimento (não-odontogênicos) da região bucal
- K09.2 – Outros cistos da mandíbula
- K09.8 - Outros cistos da região bucal não classificados em outra parte
- K09.9 – Cistos da região bucal, sem outras especificações
- K10.1 – Granuloma central de células gigantes
- K10.3 – Alveolite maxilar
- K10.8 – Outras doenças especificadas dos maxilares
- K10.9 - Doenças dos maxilares, sem outra especificação
- K11.6 – Mucocele de glândula salivar
- K11.8 – Outras doenças das glândulas salivares
- K12.2 – Celulite e abscesso da boca

K13.2 – Leucoplasia e outras afecções do epitélio oral, inclusive da língua

K13.4 – Lesões granulomatosas e granulomatóides da mucosa bucal

K13.6 – Hiperplasia irritativa da mucosa bucal

K14.8 – Outras doenças da língua

K14.9 – Doença da língua, sem outra especificação

4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O diagnóstico clínico é realizado pelo cirurgião dentista (CD) por meio do exame físico intra e extrabucais, bem como anamnese detalhada. Quando existe a necessidade de exame radiográfico, o usuário deve ser encaminhado às unidades radiológicas disponíveis.

5. CONDUTA

- Cirurgia de apicectomia com ou sem obturação retrógrada
- Curetagem apical
- Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos
- Exodontia múltipla com alveoloplastia por sextante
- Cirurgia para tecidos duros e moles (tórus palatino, cistos e outros)
- Ulotomia/ulectomia
- Glossorrafia
- Cirurgia pré-protética – (aprofundamento de vestibulo bucal, correção de bridas musculares, correção das irregularidades do rebordo alveolar, correção da tuberosidade maxilar, remoção de torus e exostoses, exérese de hiperplasia fibrosainflamatória)
- Marsupialização de cistos e pseudocistos
- Biópsia de glândula salivar, de ossos do crânio e da face, dos tecidos moles da boca
- Tratamento de nevralgias faciais
- Redução de fratura alvéolo-dentária sem osteossíntese

- Redução de luxação de articulação temporomandibular
- Retirada de material de síntese óssea/dentária
- Reconstrução parcial do lábio traumatizado
- Excisão de cálculo de glândula salivar
- Exérese de cisto odontogênico e não-odontogênico
- Frenectomia – remoção cirúrgica do freio labial superior e/ou freio lingual e/ou labial inferior
- Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar
- Excisão em cunha do lábio
- Retirada de corpo estranho dos ossos da face
- Retirada de meios de fixação maxilomandibular
- Tratamento cirúrgico de fístula bucosinusal/buconasal
- Enxerto ósseo de área doadora intrabucal

5.1. Conduta preventiva

A instalação de programas educativos em saúde com instrução de higiene bucal, palestras e aplicação tópica de flúor, por exemplo, é importante para orientar as pessoas sobre as doenças bucais e como evitá-las, de modo que o usuário se conscientize e que o mesmo procure o serviço odontológico antes que a doença se instale e se agrave.

5.2. Tratamento não-farmacológico

Não se aplica.

5.3. Tratamento farmacológico

Lembrando que o tratamento farmacológico em Odontologia, em especial em Cirurgia, deve ser, na maioria dos casos, coadjuvante e complementar aos procedimentos clínicos e cirúrgicos necessários a cada situação.

5.3.1. Fármaco(s)

- Amoxicilina 500 mg + clavulanato de potássio 125 mg (n° DCB 00734 / 00137)
- Amoxicilina + clavulanato de potássio pó para suspensão oral 50 mg/mL+ 12,5mg/mL frasco 75 mL ou 100 mL (n° DCB 00736 / 00137)
- Amoxicilina cápsula ou comprimido 500 mg (n° DCB 00734)
- Amoxicilina pó para suspensão oral 250 mg/5mL frasco 150 mL com doseador (n° DCB 00736)
- Ampicilina + sulbactam pó para solução injetável (2000 mg + 1000 mg) frasco/ampola (n° DCB 00738 / 08091)
- Ampicilina (sódica) pó para solução injetável 500 mg frasco (n° DCB 00738)
- Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg (n° DCB 01826)
- Cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50 mg/mL frasco 100 mL com doseador (n° DCB 01827)
- Cefazolina sódica pó para solução injetável 1 g frasco/ampola (n° DCB 01846)
- Ceftriaxona pó para solução injetável 1g frasco ampola (via de administração EV ou EV e IM) (n° DCB 01909)
- Cefepime pó para solução injetável 1 g frasco/ampola (n° DCB 01855)
- Clindamicina (cloridrato) cápsula 300 mg (n° DCB 02230)
- Clindamicina solução injetável 150 mg/mL ampola 4 mL (n° DCB 02229)
- Azitromicina comprimido 500 mg (n° DCB 00997)
- Azitromicina pó para suspensão oral com 900 mg para preparo de suspensão de 40 mg/mL frasco 22,5 mL (n° DCB 00998)
- Azitromicina pó para solução injetável 500 mg frasco/ampola (n° DCB 00998)
- Amicacina (sulfato) solução injetável 250 mg/mL ampola 2 mL (n° DCB 00649)

- Amicacina (sulfato) solução injetável 50 mg/mL ampola 2 mL (n° DCB 00649)
- Gentamicina (sulfato) solução injetável 10 mg/mL ampola 1 mL (n° DCB 04423)
- Gentamicina solução injetável 40 mg/mL ampola 2 mL (n° DCB 04423)
- Ciprofloxacino (cloridrato) comprimido 500 mg (n° DCB 02138)
- Levofloxacino comprimido 250 mg (n° DCB 10688)
- Levofloxacino solução injetável 500 mg/100 mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão (n° DCB 05257)
- Metronidazol comprimido 400 mg (n° DCB 05902)
- Metronidazol solução injetável 5 mg/mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão (n° DCB 05902)
- Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL frasco 50 mL com doseador (n° DCB 6410)
- Ivermectina comprimido 6 mg (n° DCB 5128)
- Aciclovir comprimido 200 mg (n° DCB 0082)
- Codeína (fosfato) + paracetamol comprimido 30 mg + 500 mg (n°DCB 2557 / 6827)
- Tramadol (cloridrato) - solução injetável 50 mg/mL ampola 2 mL (n°DCB 8807)
- Dexametasona comprimido 4 mg (n°DCB 2817)
- Dexametasona – solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL frasco/ampola (n° DCB 2821)
- Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 500 mg frasco/ampola (n° DCB 46710)
- Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 100 mg frasco/ampola (n° DCB 46710)
- Paracetamol comprimido 500 mg (n° DCB 6827)
- Paracetamol solução oral 200 mg/mL frasco 15 mL (n° DCB 6827)
- Dipirona sódica – solução oral 500 mg/mL - (n° DCB

3121)

- Dipirona – solução injetável 500 mg/mL ampola 2 mL – (n° DCB 03121)
- Ibuprofeno comprimido 600 mg (n° DCB 4766)
- Ibuprofeno suspensão oral 50 mg/mL frasco gotas 30 mL (n° DCB 4766)
- Diclofenaco solução injetável 25 mg/mL ampola 3 mL (n° DCB 2930)
- Parecoxibe pó liofilizado 40 mg frasco/ampola (n° DCB 6844)
- Celecoxibe cápsula 200 mg (n° DCB 1918)
- Naproxeno comprimido 250 mg (n° DCB 6234)
- Naproxeno comprimido 500 mg (n° DCB 6234)
- Tenoxicam pó liofilizado para solução injetável 20 mg frasco/ampola (n° DCB 8393)
- Ciclobenzaprina (cloridrato) comprimido revestido 10 mg (n° DCB 02012)
- Gabapentina cápsula 400 mg / 300 mg (n° DCB 04369)
- Amitriptilina (cloridrato) 25 mg (n° DCB 00711)
- Nortriptilina cápsula 10 mg / 25 mg / 50 mg (n° DCB 06523)
- Carbamazepina comprimido 200 mg (n° DCB 01710)
- Carbamazepina suspensão oral 100 mg/5mL frasco 100 mL (n° DCB 01710)
- Oxcarbazepina suspensão oral 60 mg/mL frasco 100 mL (n° DCB 6691)
- Diazepam comprimido 5 mg (n° DCB 2904)

5.3.2. Esquema de administração

- Amoxicilina 500 mg + clavulanato de potássio 125 mg: A dose usual é de 1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias.

- Amoxicilina + clavulanato de potássio pó para suspensão oral 50 mg/mL + 12,5 mg/mL: A dose usual é 30-50 mg/kg/dia de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias.

- Amoxicilina cápsula ou comprimido 500 mg: A dose usual é 1 comprimido de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias.

- Amoxicilina pó para suspensão oral 250 mg/5mL: A dose usual é de 30-50 mg/kg/dia de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias.

- Ampicilina + sulbactam pó para solução injetável (2000 mg + 1000 mg) frasco/ ampola: A dose usual, em adultos, de ampicilina sódica + sulbactam sódico injetável varia de 1,5 g a 12 g por dia em doses divididas a cada 6 ou 8 horas, até a dose máxima diária de 4 g de sulbactam. Infecções menos graves podem ser tratadas com administração a cada 12 horas. Em crianças, a dose é de 150 mg/kg/dia (correspondente a 50 mg/kg/dia de sulbactam e 100 mg/kg/dia de ampicilina).

- Ampicilina (sódica) pó para solução injetável 500 mg frasco: A dose usual para adultos é de 500 mg a cada 6 horas, e para crianças é de 50-100 mg a cada 6 ou 8 horas.

- Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg: A dose usual é 1 comprimido a cada 6 horas por 7 a 10 dias.

- Cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50 mg/mL frasco: A dose usual é de 25-50 mg/kg/dia de 6 em 6 horas por 7 a 10 dias.

- Cefazolina sódica pó para solução injetável 1 g frasco/ampola: A dose usual é de uma ampola (1 g) de 8 em 8 horas por 7 a 10 dias.

- Ceftriaxona pó para solução injetável 1g frasco/ampola: A dose usual é de uma ampola (1 g) de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias.

- Cefepima pó para solução injetável 1g frasco/ampola: A dose usual é de uma ampola (1 g) de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias.

- Clindamicina (cloridrato) cápsula 300 mg: A dose diária recomendada é de 600- 1.800mg, dividida em 2, 3 ou 4 doses iguais.

- Clindamicina solução injetável 150 mg/mL ampola 4 mL: A dose diária recomendada é de 600-1.800mg, dividida em 2, 3 ou 4 doses iguais.

- Azitromicina comprimido 500 mg: A dose recomendada é de 1 comprimido ao dia por 3 dias.

- Azitromicina pó para suspensão oral com 900 mg para preparo de suspensão de 40 mg/mL frasco: A dose diária recomendada para adultos é de 500 mg (12,5 mL) por dia, e a dose para crianças é de 10-20 mg/kg/dia, uma vez ao dia.

- Azitromicina pó para solução injetável 500 mg frasco/ampola: A dose diária recomendada é de 500 mg a cada 24 horas por 3 dias.

- Amicacina (sulfato) solução injetável 250 mg/mL ampola 2 mL: A dose diária recomendada para adultos e crianças com função renal normal é de 15mg/kg/dia dividida em 2 ou 3 tomadas em intervalos regulares, ou seja, 7,5mg/kg a cada 12 horas ou 5 mg/kg a cada 8 horas. A dose para pacientes com excesso de peso não deve exceder 1,5 g/dia.

- Amicacina (sulfato) solução injetável 50 mg/mL ampola 2 mL: A dose diária recomendada para adultos e crianças com função renal normal é de 15mg/kg/dia dividida em 2 ou 3 tomadas em intervalos regulares, ou seja, 7,5mg/kg a cada 12 horas ou 5mg/kg a cada 8 horas. A dose para pacientes com excesso de peso não deve exceder 1,5 g/dia.

- Gentamicina (sulfato) solução injetável 10 mg/mL ampola 1 mL: A dose diária recomendada é 3 mg/kg/dia, divididas em três tomadas iguais a cada 8 horas ou em duas tomadas iguais a cada 12 horas ou em uma dose única diária. Em infecções graves pode-se utilizar doses de até 5 mg/kg/dia, divididas em três tomadas iguais a cada 8 horas, ou quatro tomadas iguais a

cada 6 horas. Essa dose deve ser reajustada para 3 mg/kg/dia tão logo a evolução clínica assim o indicar.

- Gentamicina solução injetável 40 mg/mL ampola 2 mL: A dose diária recomendada para adultos é 3 mg/kg/dia, divididas em três tomadas iguais a cada 8 horas ou em duas tomadas iguais a cada 12 horas ou em uma dose única diária. Em infecções graves pode-se utilizar doses de até 5 mg/kg/dia, divididas em três tomadas iguais a cada 8 horas, ou quatro tomadas iguais a cada 6 horas. Essa dose deve ser reajustada para 3 mg/kg/dia tão logo a evolução clínica assim o indicar.

- Ciprofloxacino (cloridrato) comprimido 500 mg: A dose usual para pacientes adultos, com função renal normal, é de 500 mg via oral, a cada 12 horas, por 7 a 14 dias.

- Levofloxacino comprimido 250 mg: A dose usual para pacientes adultos, com função renal normal, é de 500 mg via oral, a cada 24 horas, por 7 a 14 dias.

- Levofloxacino solução injetável 500 mg/100 mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão: A dose usual para pacientes adultos, com função renal normal, é de 500 mg, via oral, a cada 24 horas.

- Metronidazol comprimido 400 mg: A dose usual para pacientes adultos é 400 mg a cada 8 horas por 7 a 10 dias.

- Metronidazol solução injetável 5 mg/mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão: A dose usual para adultos é 1 bolsa plástica de 100 mL (500 mg de metronidazol) em perfusão intravenosa a cada 8 horas ou 3 bolsas plásticas de 100 mL (1500 mg de metronidazol) em dose única.

- Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL frasco 50 mL com doseador: A dose usual para crianças e adultos é de 1 a 6 mL (100.000 a 600.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia. A suspensão deve ser bochechada e mantida o maior tempo possível na cavidade bucal antes de ser engolida.

- Ivermectina comprimido 6 mg: A dosagem recomendada de ivermectina consiste em uma única dose oral que visa fornecer aproximadamente 200 mcg de ivermectina por kg de peso corporal.

- Aciclovir comprimido 200 mg: A dose usual em pacientes adultos consiste em um comprimido de aciclovir 200 mg, cinco vezes ao dia, com intervalos de aproximadamente quatro horas, omitindo-se a dose noturna. O tratamento precisa ser mantido por cinco dias, mas deve ser estendido em infecções iniciais graves. Em pacientes gravemente imunocomprometidos (por exemplo, após transplante de medula óssea) ou com distúrbios de absorção intestinal, a dose pode ser duplicada (400mg).

- Codeína (fosfato) + paracetamol comprimido 30 mg + 500 mg: A dose usual em pacientes adultos é 1 comprimido a cada 4 horas. Nas dores de grau mais intenso recomendam-se 2 comprimidos a cada 6 horas, não ultrapassando o máximo de 8 comprimido paracetamol + fosfato de codeína 7,5 mg ou paracetamol + fosfato de codeína 30 mg em um período de 24 horas.

- Tramadol (cloridrato) - solução injetável 50 mg/mL ampola 2 mL: A dose varia de 50 mg – 100 mg de cloridrato de tramadol a cada 4 ou 6 horas.

- Dexametasona comprimido 4 mg: A dose inicial usual varia de 0,75 a 15 mg por dia, dependendo da doença que está sendo tratada.

- Dexametasona – solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL frasco/ampola: A dose usual varia para adultos de 0,75 a 15 mg por dia, dependendo da doença que está sendo tratada.

- Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 500 mg frasco/ampola: A dose usual para adultos é de 100 mg a 500 mg, por via intramuscular ou intravenosa (preferencialmente), podendo ser repetida em intervalos de 2, 4 ou 6 horas, dependendo da condição clínica e da resposta do paciente.

- Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 100 mg frasco/ampola: A dose usual para adultos é de 100 mg a 500 mg, por via intramuscular ou intravenosa (preferencialmente), podendo ser repetida em intervalos de 2, 4 ou 6 horas, dependendo da condição clínica e da resposta do paciente.

- Paracetamol comprimido 500 mg: A dose usual recomendada é 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes ao dia. A dose diária total recomendada de paracetamol é de 4000 mg, não excedendo 1000 mg/dose, em intervalos de 4 a 6 horas, em um período de 24 horas.

- Paracetamol solução oral 200 mg/mL frasco 15 mL: A dose usual é de 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia. A dose diária máxima de paracetamol é de 4000 mg (275 gotas) administrados em doses fracionadas, não excedendo a dose de 1000 mg/dose (55 gotas) com intervalos de 4 a 6 horas, no período de 24 horas.

- Dipirona sódica solução oral 500 mg/mL: A dose usual em adultos é de 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia.

- Dipirona solução injetável 500 mg/mL ampola 2 mL: A dose usual em adultos é de uma ampola (2 mL) a cada 6 horas, respeitando-se o limite máximo de 10 mL ao dia.

- Ibuprofeno comprimido 600 mg: A dose recomendada é de 600 mg, via oral, 3 a 4 vezes ao dia, podendo ser ajustada de acordo com o quadro clínico do paciente; contudo, não se deve ultrapassar o limite máximo de 3.200 mg/dia.

- Ibuprofeno suspensão oral 50 mg/mL frasco gotas 30 mL: A posologia recomendada para crianças a partir de 6 meses é de 1 a 2 gotas/kg de peso, em intervalos de 6 a 8 horas, ou seja, de 3 a 4 vezes ao dia, não excedendo o máximo de 40 gotas por dose (200 mg) e 160 gotas (800 mg) num período de 24 horas. Em adultos, a posologia habitual do ibuprofeno 50 mg/mL é de 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas. A dose máxima permitida por dia em adultos é de 640 gotas (3.200 mg).

- Diclofenaco solução injetável 25 mg/mL ampola 3 mL: A dose usual é de uma ampola (75 mg) por dia, via intramuscular (região glútea).

- Parecoxibe pó liofilizado 40 mg frasco/ampola: A dose recomendada é de 40 mg, via intramuscular ou endovenosa, 1 a 2 vezes ao dia, sem ultrapassar o limite máximo diário de 80 mg.

- Celecoxibe cápsula 200 mg: A dose recomendada é de uma cápsula de 200 mg a cada 12 horas.

- Naproxeno comprimido 250 mg: A dose indicada é de 1 comprimido 1 a 2 vezes por dia, não excedendo 500 mg por dia de tratamento.

- Naproxeno comprimido 500 mg: A dose indicada é de 1 comprimido ao dia, não excedendo 500 mg por dia de tratamento.

- Tenoxicam pó liofilizado para solução injetável 20 mg frasco/ampola: A dose usual é de 20 mg (1 ampola) a cada 12 horas, por via intramuscular ou endovenosa.

- Ciclobenzaprina (cloridrato) comprimido revestido 10 mg: A dose usual é de 20 a 40 mg de cloridrato de ciclobenzaprina, em duas a quatro administrações ao dia (a cada 12 horas ou a cada 6 horas), por via oral. A dose máxima diária é de 60 mg de cloridrato deciclobenzaprina.

- Gabapentina cápsula 400 mg / 300 mg: No tratamento de dores neuropáticas, a dose inicial é de 900 mg/dia via oral, administrada em três doses igualmente divididas e aumentada, se necessário, com base na resposta ao tratamento, até uma dose máxima de 3.600 mg/dia.

- Amitriptilina (cloridrato) 25 mg: Usada no tratamento de dores bucofaciais crônicas e dores neuropáticas, a dose inicial é de 25 mg por dia, via oral, preferencialmente ao deitar, devendo ser ajustada conforme evolução clínica até 150 mg/dia.

- Nortriptilina cápsula 10 mg / 25 mg / 50 mg: Usada no tratamento de dores bucofaciais crônicas e dores neuropáticas, a dose inicial é de 25 mg três ou quatro vezes ao dia, por via oral; o tratamento deve ser iniciado com doses baixas, aumentadas de acordo com a necessidade. Como esquema posológico alternativo, a dose diária total pode ser administrada uma vez ao dia. Não são recomendadas doses diárias superiores a 150 mg.

- Carbamazepina comprimido 200 mg: Para tratamento da nevralgia do trigêmeo a posologia inicial é de 200 a 400 mg ao dia, via oral, devendo ser elevada lentamente até a obtenção do

alívio da dor (normalmente 200 mg, 3 a 4 vezes ao dia). A dosagem deve, então, ser reduzida gradualmente para o menor nível de manutenção possível. A dose máxima recomendada é de 1.200 mg ao dia. Quando o alívio da dor for obtido, devem ser feitas tentativas graduais para interromper o tratamento, até que outro ataque ocorra.

- Carbamazepina suspensão oral 100 mg/5mL frasco 100 mL: Para tratamento da nevralgia do trigêmeo a posologia inicial é de 200 a 400 mg ao dia (10 a 20 mL), via oral, devendo ser elevada lentamente até a obtenção do alívio da dor (normalmente 200 mg, 3 a 4 vezes ao dia). A dosagem deve, então, ser reduzida gradualmente para o menor nível de manutenção possível. A dose máxima recomendada é de 1.200 mg ao dia. Quando o alívio da dor for obtido, devem ser feitas tentativas graduais para interromper o tratamento, até que outro ataque ocorra.

- Oxcarbazepina suspensão oral 60 mg/mL frasco 100 mL: Usada no tratamento de dores neuropáticas orofaciais, a dose inicial habitual para adultos (incluindo pacientes idosos) é 600 mg (10 mL de suspensão oral) por dia, dividida em 5 mL (300 mg) duas vezes ao dia. Esta dose pode ser aumentada gradualmente, se necessário, até que os melhores resultados sejam obtidos. As doses de manutenção são geralmente entre 600 e 2.400 mg ao dia (10 mL e 40 mL de suspensão oral). A dose máxima pode atingir, em casos excepcionais, 4.200 mg (70 mL de suspensão oral) por dia.

- Diazepam comprimido 5 mg: Utilizado como ansiolítico e miorelaxante, as doses orais usuais para adultos variam entre 5 e 10 mg. Dependendo da gravidade dos sintomas, 5 a 20 mg/dia. Cada dose oral para adultos não deve ser superior a 10 mg.

5.3.3. Tempo de tratamento – Critérios de interrupção

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média de 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 14 dias ou até a remissão dos sinais e sintomas. Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas sem relação à medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.

6. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Dentre os benefícios deste protocolo, espera-se que haja reorganização e otimização do fluxo de assistência nos serviços de saúde, bem como uniformizar as condutas profissionais com vistas a um correto referenciamento e atendimento nos serviços especializados de Cirurgia Oral Menor. Também se almeja diminuir o número de atendimentos emergenciais e, conseqüentemente, internações hospitalares por motivos odontológicos.

7. MONITORIZAÇÃO

O número de consultas para a conclusão de tratamentos cirúrgicos ambulatoriais é individual e será determinado pelo cirurgião-dentista assistente de acordo com o quadro clínico e gravidade do caso; contudo, preconiza-se a resolutividade da assistência de modo a concluir o tratamento do paciente no menor espaço de tempo possível. Em média, o intervalo entre as consultas varia de uma a duas semanas.

8. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

O acompanhamento ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal após o término do tratamento odontológico e será realizado na UBS de referência do usuário e, nos casos que demandem atenção especializada, nos CEOs.

Depois de finalizado o tratamento cirúrgico, o paciente retornará à UBS de referência de sua residência, onde já realiza o tratamento odontológico, para continuação do mesmo e manutenção preventiva.

APÊNDICE

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Por este instrumento particular, declaro para efeitos éticos e legais que eu _____ RG _____ ou _____ meu _____ responsável legal _____ RG _____ _ recebi todas as informações e esclarecimentos a respeito do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) a que vou me submeter e estou de acordo com os termos abaixo relacionados: _____

Declaro ter sido orientado(a) sobre a utilização da medicação pré e/ou pós-operatória, bem como sobre todos os cuidados que devo seguir após a cirurgia e durante o tempo de espera até a completa recuperação dos tecidos envolvidos.

Declarei ao (à) cirurgião-dentista (CD) todas as informações relevantes sobre minha saúde física e mental, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes, uso de medicações ou qualquer outra condição em relação à minha saúde. Responsabilizo-me caso tenha omitido alguma informação por esquecimento ou livre e espontânea vontade.

O (A) CD avisou-me que minha condição bucal atual poderá piorar com o tempo se eu não der prosseguimento ao tratamento dentário proposto.

Foi explicado pelo(a) CD que existem riscos potenciais em qualquer tratamento ou procedimento cirúrgico e que, em algumas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem: desconforto pós-operatório e edema (inchaço) que podem durar alguns dias, sangramento prolongado, retração gengival, injúrias e/ou fraturas aos dentes, próteses ou restaurações adjacentes; estiramento da comissura labial (“canto da boca”) com conseqüente laceração (corte) e/ou equimose (manchas roxas na pele), infecção pós-operatória que pode exigir tratamentos adicionais, restrição (dificuldade) da abertura da boca no período após a cirurgia, decisão de deixar um pequeno fragmento de raiz no interior do osso quando sua remoção exigir cirurgia extensa, remoção de grande quantidade de osso e/ou risco de lesão aos nervos; fratura dos ossos maxilares, injúria (dano/lesão) ao nervo subjacente (próximo) aos dentes resultando em parestesia

(dormência e/ou formigamento) de lábio, queixo, bochecha, gengiva, dentes e/ou da língua do lado operado, que pode persistir por semanas, meses ou, em raras circunstâncias, permanentemente; comunicação com o seio maxilar exigindo cirurgia adicional para fechamento da mesma; deslocamento de dentes ou fragmentos dentários para espaços fasciais secundários (seio maxilar e/ou fossainfratemporal).

O (A) CD avisou-me que há tratamentos mais conservadores para manutenção do dente, como _____
_____ mas optei pela exodontia do mesmo por motivos pessoais.

Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento do(a) CD para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. Eu solicito e autorizo que seja realizado o que for aconselhável/indicado.

Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e que minhas dúvidas foram esclarecidas. Declaro que sei ler e escrever em língua portuguesa.

_____, ____ de _____ de 20__

Paciente ou responsável legal

Cirurgião-Dentista

PARTE 03

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AO PACIENTE DIABÉTICO

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes mellitus consiste em um transtorno caracterizado por hiperglicemia, resultante de defeitos da secreção da insulina ou/e de sua ação, cujos sintomas clássicos incluem os quatro “P”:

- Poliúria- excreção excessiva de urina;
- Polidipsia- muita sede;
- Polifagia - fome;
- Perda de peso;
- Alterações na visão e fadiga.

Tem-se mostrado ao longo dos anos um importante problema de saúde pública e de alta prevalência, com cerca de 463 milhões de adultos ao redor do mundo e cerca de 50,0% dos seus portadores desconhecem que têm a doença. No Brasil, a frequência do diagnóstico médico de diabetes entre os adultos é 7,4%. Diante desta prevalência e sua tendência de alta, torna-se imprescindível que o cirurgião-dentista esteja informado e preparado para atender de forma mais segura este paciente no ambiente ambulatorial. Importante ressaltar que no âmbito da saúde pública, muitas vezes a odontologia age como porta de entrada para pacientes que adentram a unidade de saúde, como acontece nos casos de uma emergência odontológica. Desta forma, o cirurgião-dentista deve conhecer sinais e sintomas sistêmicos e bucais comuns nos portadores de diabetes mellitus para que possa rastrear a doença e auxiliar no diagnóstico precoce da mesma.

Dentro deste contexto, surge como ponto fundamental a busca de qualificação profissional através de

diversas formas e estratégias de aprendizagem oferecidas pela gestão pública, inseridas dentro da proposta da política de Educação Permanente em Saúde (EPS), promovendo a sua atualização em relação ao manejo adequado a este tipo de paciente. Considerada uma estratégia à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de qualificação dos profissionais de saúde, esta política pública pode promover a melhoria do desempenho dos trabalhadores, produzir novos saberes e a transformação das práticas em saúde.

Quando trabalhadores de saúde experimentam a EPS no cotidiano do serviço, pode ser observado uma mudança no modelo assistencial, podendo-se caminhar para a busca da autonomia e liberdade na resolução dos problemas, além de promover melhorias em seu processo de trabalho e na assistência ao usuário.

2. ANAMNESE, EXAME CLÍNICO E O RASTREAMENTO À DIABETES MELLITUS

O cirurgião-dentista deve estar sempre atento para suspeitar durante a anamnese e no exame clínico de casos ainda não diagnosticados, encaminhando para o médico da equipe pacientes que apresentarem alterações bucais comuns ao portador de DM (candidíase, xerostomia, queilite angular, varicosidade lingual, úlcera traumática, doença periodontal) ou alterações sistêmicas sugestivas de DM1 (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso) ou DM2 (obesidade, dislipidemia, hipertensão).

É interessante, também, observar a presença de queixa clínica relativa a alguma complicação crônica da doença, como neuropatia, nefropatia, retinopatia, doença cardiovascular ou pé diabético; consequentes das alterações vasculares causadas pela doença. Já nos pacientes que relatam diagnóstico prévio, o dentista deve coletar informações sobre os níveis recentes de glicose no sangue do paciente, práticas de monitoramento da glicemia em casa, frequência de testes de HbA1C e seus resultados e a frequência dos episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia. Além disso, o dentista deve revisar o plano atual de gestão da DM, incluindo doses e horários de administração de todos os medicamentos, bem como quaisquer modificações no estilo de vida, como exercícios ou mudanças nutricionais.

3. DIAGNÓSTICO

Os exames usados para diagnóstico da diabetes mellitus são: valor de glicose plasmática em jejum (com não ingestão calórica por oito horas); valor de glicose plasmática de 2 horas durante um teste de tolerância à glicose oral de 75 g (Teste Oral de Tolerância à Glicose); teste de hemoglobina glicada (HbA1C), usado para mensurar os níveis de glicemia média no período de 30 a 90 dias; e pela glicemia casual.

Pacientes diabéticos são aqueles que apresentam glicemia em jejum maior ou igual a 126mg/dl, Teste Oral de Tolerância à Glicose maior ou igual a 200mg/dl, Hemoglobina Glicada maior ou igual a 6,5% e glicemia casual maior ou igual a 200 mg/dl com sintomas clássicos da DM. O Teste de Glicemia Capilar (HGT ou hemoglicoteste) realizado com glicosímetro no início da consulta é recomendado para auxiliar no rastreamento de pacientes diabéticos não diagnosticados e em pacientes com diagnóstico confirmado a fim de analisar o controle glicêmico dos mesmos, evitando uma crise hipoglicêmica ou hiperglicêmica.

Valores abaixo de 70mg/dl impedem o cirurgião-dentista de realizar qualquer procedimento odontológico e o paciente é orientado a se alimentar e depois iniciar o atendimento. Quando a glicemia estiver acima de 250mg/dl e houver sinais e sintomas, a consulta deve ser adiada e o paciente encaminhado para avaliação do médico de sua equipe. Na ausência de sintomas, intervenções odontológicas, no sentido de redução da dor e do quadro de infecção, podem ser realizadas.

4. RISCO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Pacientes com bom controle metabólico e regime médico estável, assintomáticos, com ausência de história de cetoacidose e hipoglicemia e sem complicações são considerados de baixo risco para o tratamento odontológico. Os níveis de glicemia abaixo de 200mg/dL e/ou de hemoglobina glicada abaixo de 7% e ausência de sintomas da diabetes são considerados controlados e de baixo risco para intervenções dentárias.

Pacientes que não apresentam essa condição clínica são considerados como descompensados. Pacientes de médio risco para intervenções dentárias apresentam glicemia entre 200mg/dL e 250mg/dL e hemoglobina glicada entre 7 a 9%, podendo ser submetidos a tratamentos básicos de rotina, porém com restrições em procedimentos cirúrgicos e sua dosagem de insulina devem ser ajustadas para a realização do mesmo.

Pacientes de alto risco possuem glicemia maior ou igual a 250 mg/dL e hemoglobina glicada acima de 9% e devem ser encaminhados para o médico da equipe para controle dos mesmos. Tais pacientes apresentam maior susceptibilidade a infecções crônicas e inflamações de tecidos orais, bem como infecções secundárias e sangramentos pós-operatórios. Por isso a importância da realização da antibioticoterapia profilática nestes pacientes antes de procedimentos odontológicos que envolverão mucosa e osso, no sentido de prevenir a infecção e contribuir para uma melhor cicatrização.

5. COMPLICAÇÕES AGUDAS

5.1. Crise de hipoglicemia

O risco para que ela ocorra é maior durante o pico da atividade da insulina, quando o paciente não se alimenta antes de uma consulta ou quando a medicação hipoglicêmica oral e /ou os níveis de insulina excedem as necessidades do corpo. É definida por valores sanguíneos de glicose abaixo de 70mg/d e possuem sinais e sintomas como fome, fadiga, suores, náuseas, tremores, irritabilidade e taquicardia. Quando não tratada pode evoluir para convulsão, coma e morte. Deve ser confirmada medindo-se a glicemia capilar.

O tratamento depende da gravidade. O paciente consciente deve ser tratado ingerindo 15 gramas de glicose ou qualquer outro alimento com açúcar e monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos. Se o paciente está inconsciente ou não consegue engolir, o dentista deve procurar assistência médica. Nestes casos, o paciente deve ser administrado 20-50 mL de solução de dextrose a 50% por via intravenosa ou 1 mg de glucagon por via intravenosa, injeção intramuscular ou subcutânea.

5.2. Crise hiperglicêmica

Consiste no aumento da concentração sanguínea de glicose (maior que 200mg/dl) que pode ser resultado de doenças intercorrentes, negligência quanto ao uso da medicação ou terapia com glicocorticoide. As complicações agudas relacionadas à hiperglicemia são a cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EPH), podendo ocorrer tanto na DM1 como na DM tipo 2. Ambas recebem tratamentos similares e devem ser realizados em unidade de terapia intensiva. O paciente deve ter seus sinais vitais observados e encaminhado ao hospital.

5.3. Prescrição medicamentosa ao paciente diabético

Consideração importante deve ser dada à prescrição medicamentosa do paciente diabético, pois existe a possibilidade desta poder alterar a taxa de glicemia. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) têm seu efeito hipoglicemiante potencializado por medicamentos de controle da glicose e os corticoides apresentam efeito hiperglicemiante, portanto medidas cautelosas são exigidas na prescrição odontológica destas drogas. Importante ponto a levar também em consideração é que a Insuficiência renal crônica é uma comorbidade presente de 30 a 40% dos pacientes com diabetes. Neste sentido a prescrição em longo prazo de anti-inflamatórios não-esteroidais deve ser evitada, pois são medicamentos metabolizados nos rins.

5.4. Anestesia

Durante um procedimento de anestesia bucal, o vasoconstritor epinefrina, usado comumente com a lidocaína, apresenta ação oposta à da insulina, sendo hiperglicemiante. Por isso, principalmente em pacientes descompensados e nos que recebem insulina, deve-se restringir seu uso. Nestes pacientes, pode-se optar pela felipressina, porém com cautela nas pacientes gestantes, pelo seu risco de aumentar a contratilidade uterina

5.5. Ansiedade nas consultas

Durante o tratamento odontológico dos pacientes portadores de DM, sintomas de ansiedade e medo devem ser controlados, pois levam a liberação de adrenalina, causando o aumento da glicemia. Assim, o profissional deve dialogar com o paciente sobre como será realizado o tratamento e orientá-lo anteriormente a consulta, reduzindo a liberação de adrenalina endógena no momento do atendimento. Técnicas de sedação inalatória e uso de benzodiazepínicos são indicados em literatura a fim de reduzir esta tensão em casos específicos.

5.6. Melhor período do dia para a consulta odontológica

Consultas no período da manhã, uma hora e meia após o desjejum, e de curto período, facilita o atendimento devido os níveis endógenos de corticosteroides serem mais elevados neste período, induzindo a liberação de adrenalina e ao aumento da glicemia. Assim, o período matutino é de melhor tolerância ao paciente diabético em consultas mais estressantes. Os pacientes devem ser instruídos a não jejuar, a fim de diminuir o risco de ocorrer hipoglicemia.

5.7. Sinais vitais

Recomenda-se ter o costume de avaliar os sinais vitais dos pacientes diabéticos, entre eles, o de aferir a pressão arterial antes e após as consultas, como medida para controlar os níveis de ansiedade do paciente, e assim, o controle dos níveis glicêmicos no sangue, permitindo conhecer o risco de complicações cardiovasculares advindos de um possível aumento de pressão arterial durante a execução dos procedimentos odontológicos.

Diante de todas estas informações, espera-se que o cirurgião-dentista possa ter condições de:

- Rastrear a diabetes na clínica odontológica, sabendo reconhecer sinais clínicos e parâmetros laboratoriais que suspeite do distúrbio, e assim possa encaminhar o paciente ao atendimento médico;
- Prestar ao portador de diabetes um atendimento odontológico adequado e resolutivo, reduzindo falhas na realização de procedimentos e viabilizando uma prática clínica mais segura, evitando complicações clínicas.

REFERÊNCIAS

Alves C, Brandão M, Andion J, Menezes R, Carvalho F. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. *Rev Cien Med Biol.* 2006;5(2):97-110. doi: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v5i2.4116>.

American Diabetes Association. 2 Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes–2021. *Diabetes Care.* 2021;44(Suppl 1):S15-S33. doi: <https://doi.org/10.2337/dc21-s002>.

Campos KFC. Educação permanente em saúde e mudança de modelo assistencial: avanços e desafios no cotidiano da atenção primária à saúde [tese] [Internet]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2018 [acesso 2022 Jan 10]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-B9EHP8/1/k_tia_ferreira_costa_campos.pdf.

Carlsson GE. Symptoms of mandibular dysfunction in complete denture wearers. *Int J Dent.* 1976;4(6):265-70.

Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Dental Press J.Orthod.* 2010;15(3):114-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512010000300014>.

Costa RM, Teixeira LG, Azoubel E, Azoubel MCF, Azevedo FCG. O paciente diabético na clínica odontológica: diretrizes para o acolhimento e atendimento. *Rev Bras Cienc Saude.* 2016;20(4):333-40.

Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços. Gerência de Serviços de Odontologia. Nota Técnica 01/2018: critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de Cirurgia Oral Menor/Estomatologia [Internet].

2018 [acesso 2020 Fev 4]. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64650/Nota+T%C3%A9cnica+01-2018.pdf>. Documento SEI 14479647.

Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde. Política de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília (DF); 2015.

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications critique. *J Craniomandib Disord*. 1992;6(4):302-55.

Freitas CHSM, Lemos GA, Pessoa TRRF, Araujo MF, Forte FDS. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. *Saude Debate*. 2016;40(108):131-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104-20161080011>.

Greene CS, Laskin DM. Long-term evaluation of treatment for myofascial pain-dysfunction syndrome: a comparative analysis. *J Am Dent Assoc*. 1983; 107(2):235-8. doi: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1983.0246>.

Gusmão ACF. Educação permanente em saúde: uma ferramenta de transformação do trabalho [monografia] [Internet]. Teófilo Otoni (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010 [acesso 2022 Jan 10]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7646/1/6129.pdf>.

International Diabetes Federation. The IDF Diabetes Atlas [Internet]. 10th ed. Brussels (BE); 2021 [acesso 2022 Jan 10]. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>.

Jadhav NA, Tarte PR, Puri SK. Dental clinic: potencial source of high-risk screening for prediabetes and type 2 diabetes. *Indian J Dent Res*. 2019;30(6):851-4. doi: https://doi.org/10.4103/ijdr.ijdr_80_18.

Locker D, Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1988;16(5):310-3. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1988.tb01783.x>.

Malamed SF. *Manual de anestesia local*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. Tradução da 6. ed.

Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? *J Oral Rehabil.* 2017;44:908-23. doi: <https://doi.org/10.1111/joor.12531>.

Mataftsi M, Koukos G, Sakellari D. Prevalence of undiagnosed diabetes and pre-diabetes in chronic periodontitis patients assessed by an HbA1c chairside screening protocol. *Clin Oral Investig.* 2019;23(12):4365-70. doi: <https://doi.org/10.1007/s00784-019-02888-y>.

Miller A, Ouanounou A. Diagnosis, management, and dental considerations for the diabetic patient. *J Can Dent Assoc [Internet]*. 2020 [acesso 2022 Jan 10];86:k8. Disponível em: <https://jcda.ca/k8>.

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2022 Feb 10]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html.

Ministério da Saúde (BR). *Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME 2010* [Internet]. 7. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso 2022 Jan 10]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome_2010.pdf.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica; 17).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2022 Jan 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.

Mitrirattanakul S, Merrill RL. Headache impact in patients with orofacial pain. J Am Dent Assoc. 2006; 137(9):1267-74. doi: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0385>.

Moretto LD, Mastelaro R, organizadores. Manual das denominações comuns brasileiras [Internet]. São Paulo: Sindusfarma; 2013 [acesso 2022 Jan 10]. v. 16. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/dcb/arquivos/8140json-file-1>.

Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 281-2.

Oliveira MF, Damo NG, Raitz IW, Veiga M L, Pereira L. Cuidados odontológicos em pacientes diabéticos. *ACM Arq Catarin Med.* 2019;48(3):158-70.

Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 10. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Philips KH, Zhang S, Moss K, Ciarrocca, K, Beck JD. Periodontal disease, undiagnosed diabetes and body mass index: implications for diabetes screening by dentists. *J Am Dent Assoc.* 2021;152(1):25-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2020.09.002>.

Santos AR, Santos RMM, Franco TB, Matumoto S, Vilela ABA. Educação permanente na estratégia da família: potencialidades e ressignificações. *Rev Enferm UFPE [Internet].* 2021 [acesso 2022 Jan 10];15(1):e245355. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245355>.

São Paulo (SP). Prefeitura Municipal de São Paulo. Manual de dor e disfunção temporomandibular para cirurgiões-dentistas do município de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2019 [acesso 2022 Jan 10]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/sau de/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf>.

Schiffman E. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group [Internet]. 2014 [acesso 2015 Dec 23]. Disponível em: http://www.pierocascone.it/wp-content/uploads/2014/ofph_28_1_Schiffman_02.pdf

Silva TMC, Gallottini MHC. Doenças crônicas não transmissíveis e o cuidado em saúde bucal na Atenção

Primária à Saúde. In: Universidade Federal do Maranhão; Universidade Aberta do SUS. Curso Atendimento odontológico a pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Assistência odontológica a pacientes com doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão e doença renal crônica. São Luís (MA): UFMA; UNA-SUS; 2020.

Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Projeto de implantação do atendimento de pacientes com disfunções temporomandibulares e dores orofaciais pela rede pública de saúde [Internet]. 2014 [2015 Out 5]. Disponível em <https://dtmedor.files.wordpress.com/2014/02/projeto-de-implantac3a7c3a3o-de-dtm-e-dof-na-rede-pc3bablica-de-sac3bade-1.pdf>.

Terra BG, Goulart RR, Bavaresco CS. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na atenção primária à saúde. Rev APS [Internet]. 2011 [acesso 2022 Jan 10];14(2):149-61. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14697/7860>

World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles. Classification of diabetes mellitus. Geneva (CH): WHO; 2019.

Yap AUJ, Tan KBC, Chua EKC, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 2002;88(5)479-84. doi: <https://doi.org/10.1067/mpr.2002.129375>.

ÍNDICE REMISSIVO

A

agulhamento seco	24, 26
ansiedade	15, 55, 56
artrocentese	24, 29

B

bruxismo	15, 18, 23
----------------	------------

C

candidíase	51
cetoacidose	53, 54
cinesioterapia	24, 26
cirurgia oral	31, 45
cistos	32, 33, 34
corticoides	29, 55
corticosteroide	24
corticosteroides	56

D

dentos inclusos	32, 33
depressão	15, 17, 30
diabetes	49, 51, 52, 53, 55, 56
diabetes mellitus	49
diagnóstico	15, 20, 22, 23, 24, 26, 31, 33, 49, 51, 52
disfunção temporomandibular	16, 17, 20, 23, 24, 30
disfunções temporomandibulares	16, 17, 21, 22, 24, 25
dispositivos intrabucais	24, 26
distúrbios do sono	15
doença periodontal	51
doenças crônicas	15
dor facial	18
dor orofacial	15, 16, 22
dores orofaciais	15, 24
não odontogênicas	15
odontogênicas	15
DTM	16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30

E	
etiologia	20
F	
fatores locais	20
fatores sistêmicos	20
H	
HbA1C.....	51, 52
hemoglobina glicada	52, 53
hiperglicemia	51, 54
hipertensão	51
hipoglicemia	51, 53, 54, 56
I	
insulina	49, 54, 55
L	
laserterapia	24, 26
M	
microtrauma	20
mulheres	16
multifatorial	20, 26
N	
nefropatia	51
O	
obesidade.....	51
P	
pé diabético.....	51
placa estabilizadora	26
prevalência.....	15, 16, 17, 49
Q	
qualidade de vida	15, 16, 17

S

sexo feminino15

T

terapia cognitivo-comportamental24

termoterapia24, 26

tratamento farmacológico.....26, 34

trauma20

V

viscossuplementação24, 29

X

xerostomia.....51