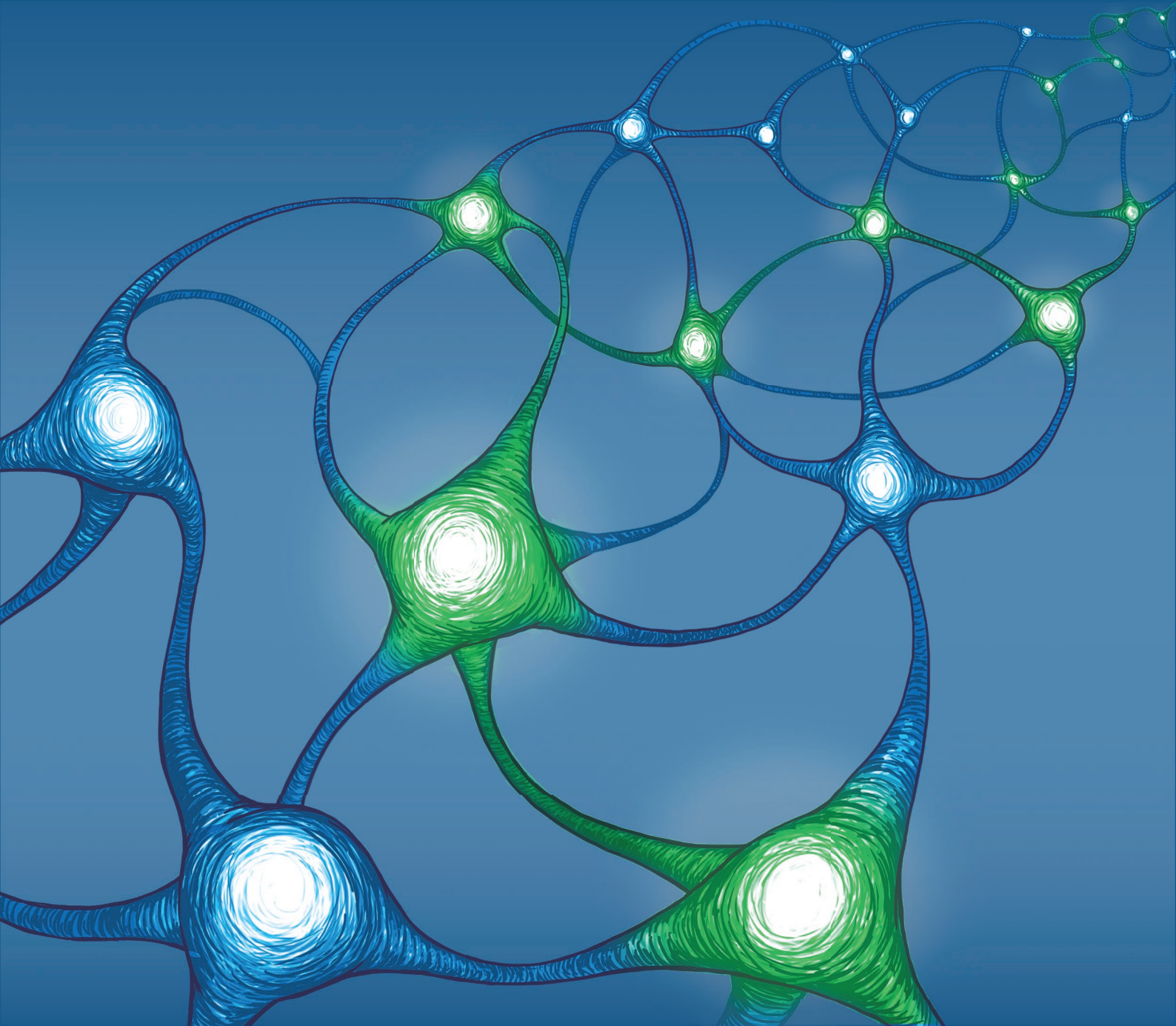


EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA



Trauma Dental

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho

Coordenador do Curso de Capacitação Rodrigo Otávio Moretti-Pires

COMITÊ GESTOR

Coordenadora de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de AVEA Antonio Fernando Boing

Coordenadora Acadêmica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

EQUIPE EAD

Douglas Kovaleski

Isabela Oliveira

Thays Berger Conceição

Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORAS

Renata Goulart Castro

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

REVISORES DE CONTEÚDO

Calvino Reibnitz Júnior

REVISOR EXTERNO

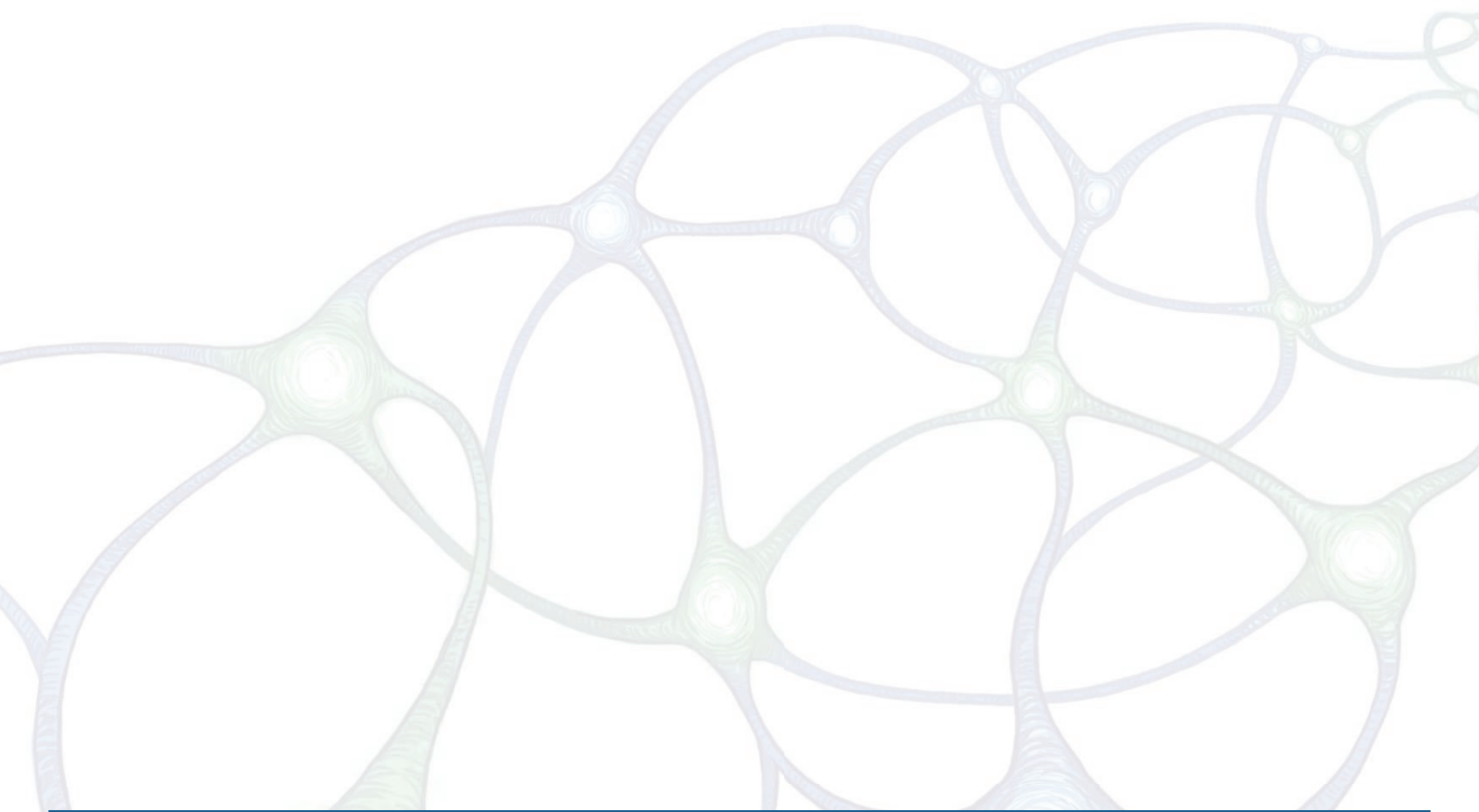
Eduardo Chaves de Souza

ASSESSORA PEDAGÓGICA

Marcia Regina Luz

**EVENTOS AGUDOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trauma Dental



© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. ISBN – 978-85-8267-025-5

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável:
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588e Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Eventos Agudos na Atenção Básica.

Eventos agudos na atenção básica [recurso eletrônico]: trauma dental / Universidade Federal de Santa Catarina; Renata Goulart Castro; Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

31 p.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Ações Preventivas. – Conceito e Classificação. – Avaliação Diagnóstica. – Abordagem Inicial e Atendimento Sequencial. – Resumo do Módulo.

ISBN: 978-85-8267-025-5

1. Atenção primária à saúde. 2. Prótese dentária. 3. Odontologia preventiva. 4. Traumatismos dentários I. UFSC. II. Castro, Renata Goulart. III. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. IV. Título.

CDU: 37.018.43:616.314

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional: Andreia Mara Fiala

Coordenação de Design Gráfico: Giovana Schuelter

Design Instrucional Master: Agnes Sanfelici

Design Instrucional: Patrícia Cella Azzolini

Revisão de Português: Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Ações Preventivas.....	8
2.1 Prevenção de traumas dentais.....	8
2.2 Prevenção de fraturas de próteses dentárias.....	9
3. Conceito e Classificação.....	9
3.1 Conceito e classificação de traumas dentais.....	9
3.2 Conceito e classificação de fraturas de próteses dentárias.....	10
4. Avaliação Diagnóstica.....	11
4.1 Violência contra crianças.....	12
5. Abordagem inicial e Atendimento sequencial.....	13
5.1 Lesões envolvendo dentes naturais, tecidos periodontais e mucosa oral.....	13
5.1.1 Lesões aos tecidos duros dos dentes e à polpa.....	13
5.1.2 Lesões aos tecidos periodontais.....	14
5.1.3 Lesões na gengiva ou na mucosa oral.....	14
5.1.4 Casos de fraturas na dentição decídua.....	14
5.1.5 Descrição dos procedimentos clínicos.....	15
5.2 Fraturas de próteses dentárias.....	15
5.2.1 Procedimentos clínicos para confecção dos reparos e adição de novos elementos em próteses removíveis.....	16
5.2.2 Procedimentos clínicos para recimentação de próteses fixas.....	17
6. Resumo do Módulo.....	17
Referências.....	18
Autoras.....	19
Anexos.....	20

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Olá, caro aluno.

Este módulo trata sobre a abordagem do cirurgião-dentista na Atenção Básica em situações de traumatismo dental, uma situação aguda que é cada vez mais frequente na clínica odontológica. Inicialmente são apresentados conteúdos referentes à epidemiologia e à semiologia no trauma dentário, destacando as informações importantes que devem ser coletadas a fim de que se estabeleça um diagnóstico correto. A partir dele, deve-se elaborar um plano de tratamento da sessão e definir os encaminhamentos necessários. Assim, é fundamental que os profissionais conheçam a classificação das lesões dentoalveolares, suas características, a extensão das lesões à gengiva ou à mucosa oral, a ocorrência de traumatismos aos tecidos periodontais e as peculiaridades das fraturas na dentição decídua.

Além disso, trataremos de conteúdos relacionados à abordagem das fraturas de próteses dentárias que, em grande parte, são ocasionadas por acidentes. Para finalizar, você também verá procedimentos simplificados de reparo e adição de elementos às próteses removíveis, além de recimentação de próteses fixas.

Bons estudos!

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Renata Goulart Castro

Ementa da Unidade

Conceituação de trauma dentário; etiologia; classificação; epidemiologia; semiologia; definição e execução de um plano de tratamento.

Procedimentos odontológicos relacionados a fraturas de próteses dentárias.

Objetivos de Aprendizagem

- Contextualizar os traumatismos dentários na perspectiva da etiologia, da epidemiologia e da semiologia.
- Diagnosticar, tratar ou encaminhar pacientes com traumatismos dentários.
- Conhecer os fundamentos básicos da assistência odontológica a fraturas de próteses dentárias, entendidas como eventos agudos quando envolvem comprometimento grave de estética e função, e proceder ao devido tratamento.

Carga Horária

30 horas

1. INTRODUÇÃO

As injúrias traumáticas geralmente são decorrentes de quedas, brigas, acidentes esportivos ou automobilísticos e de maus tratos. Elas influenciam a função e a estética bucal do indivíduo, podendo afetar também o seu comportamento. A resolução desse agravo envolve várias áreas do conhecimento da odontologia e, por essa razão, pode-se concluir a complexidade de seu tratamento e a fragilidade de seu prognóstico.

Observa-se uma grande variabilidade nos resultados dos estudos epidemiológicos de traumas dentários, existindo uma relação direta com fatores como idade e gênero. Na população em geral, é observada uma prevalência que varia entre 4 a 30%, sendo que os indivíduos do gênero masculino e em idade escolar são os mais acometidos. Com relação à dentição decídua, pode-se observar a idade preferencial entre 2 e 3 anos, com prevalência de 31 a 40% em meninos e de 16 a 30% em meninas. Quanto à dentição permanente, os percentuais são de 12 a 33% em meninos e de 4 a 19% em meninas e, preferencialmente, nas faixas etárias entre 7 a 10 anos e 15 a 17 anos respectivamente. Essa diferença entre gêneros é estatisticamente significativa e pode ser explicada pelo maior envolvimento dos meninos em jogos e esportes de contato.

Os dentes mais acometidos por traumatismos dentários são os incisivos centrais e laterais, isso em ambas as dentições. Alguns fatores podem aumentar a predisposição dos indivíduos a essas injúrias, como oclusão do tipo classe II de Angle, overjet maior que

4 mm, mordida aberta anterior, lábio superior curto ou hipotônico e respiração bucal. Somam-se ainda fatores de enfraquecimento das estruturas dentárias, como amplas restaurações, lesões de cárie e dentes tratados endodonticamente. Em relação às avulsões dentárias, a fragilidade do tecido ósseo infantil favorece uma maior frequência nessa população do que na população adulta.

Ainda que sejam implementadas ações preventivas, para alguns indivíduos e grupos, a perda dental e o consequente uso de próteses dentárias são condições prevalentes. No Brasil, a porcentagem de idosos que usam prótese fixa ou removível é de 66,54% na arcada superior, e de 30,94% na arcada inferior. Com relação à necessidade de prótese dentária nos idosos, 32,40% necessitam de prótese superior e 56,06% de inferior (BRASIL, 2004).

A confecção de próteses dentárias no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é bastante limitada. Poucos são os municípios que oferecem esse procedimento levando em consideração a Atenção Básica. Alguns, perante incentivo Federal, optam por estruturar serviços de Laboratórios de Próteses Dentárias (próprios ou conveniados) para confecção de próteses removíveis. Entretanto, os procedimentos mais simples de reparo de próteses removíveis fraturadas e recimentação de próteses fixas podem atender à necessidade dos usuários que estão em situação aguda de comprometimento estético e funcional, ainda que sejam considerados provisórios.

2. AÇÕES PREVENTIVAS

Os traumas dentais são, em sua maioria, eventos causados por acidentes no cotidiano, envolvendo situações passíveis de prevenção. Mesmo as fraturas de próteses, em algumas situações, podem ser prevenidas pela implementação de ações simples de cuidado no dia a dia. Nesta perspectiva, a ideia é promover um ambiente seguro para crianças, adolescentes e idosos, visto que são os grupos etários mais acometidos por esses agravos.

2.1 Prevenção de traumas dentais

A prevenção de traumas dentais está relacionada ao ambiente – meio onde vivem e circulam os indivíduos das comunidades – e à proteção dos elementos dentais. Portanto, são recomendadas as seguintes medidas preventivas (LEVIN; ZADIK, 2012):

- Promover a adequação das condições físicas dos locais de circulação da comunidade, incluindo principalmente os espaços coletivos como creches, escolas, instituições de longa permanência, centros de saúde e calçadas.

- Informar a comunidade sobre como proteger os elementos dentais. Esse trabalho pode ser realizado por professores, funcionários de escolas, esportistas, policiais e socorristas, inclusive enquanto prestam socorro a um trauma dessa natureza.
- Utilizar protetores bucais e faciais adequados a cada esporte durante a atividade física.
- Evitar hábitos deletérios como roer unhas, morder objetos, usar *piercing* oral ou morder gelo ou alimentos muito duros – tais como milho de pipoca – que podem gerar sobrecarga e fratura do elemento dental.
- Realizar correção ortodôntica.

Sendo assim, como você pode perceber, as ações preventivas relacionadas aos traumas dentais podem ser realizadas tanto no âmbito **individual** quanto no **coletivo**.

2.2 Prevenção de fraturas de próteses dentárias

Uma das situações mais comuns que resulta na fratura de próteses removíveis é a queda durante os procedimentos de limpeza. Desse modo, as quedas, e as consequentes quebras, podem ser evitadas pelo manejo atento e zeloso das próteses.

Deve-se orientar os usuários de próteses, ou seus cuidadores, a realizar a higiene das próteses (escovação) na pia, submergida em água ou protegida por um pano ao fundo. Esse cuidado pode evitar o choque da prótese com o material rígido da pia ou da bancada, e mesmo a queda ao chão.

As próteses devem ser sempre acondicionadas em um recipiente plástico, com tampa, identificado e exclusivo para este fim.

Quando a fratura de prótese é ocasionada devido ao desenho inadequado, à construção malfeita ou ao uso de materiais inadequados, a prevenção está diretamente relacionada a um bom planejamento reabilitador, à realização adequada de técnicas clínicas e laboratoriais, como também à boa qualidade dos materiais empregados em sua confecção.

3. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

A seguir, abordaremos o conceito e a classificação dos traumas dentais, como lesões dentoalveolares e de mucosa oral, cujo diagnóstico e tratamento variam de acordo com as estruturas afetadas. Além disso, estudaremos os tipos de fraturas de próteses de acordo com a região onde se localizam.

3.1 Conceito e classificação de traumas dentais

São considerados **traumas dentários** todas as transmissões agudas de energia ao dente e às estruturas de sua sustentação, cujos resultados podem ser desde deslocamento dentário ou esmagamento dos tecidos de sustentação até fratura do elemento dental. Os traumas dentários configuram situações agudas frequentes na prática clínica odontológica, que exigem do profissional um atendimento imediato e minucioso.

Existem atualmente diferentes sistemas de classificação de lesões dentoalveolares. Andreasen e Andreasen (2001) propuseram uma baseada nos critérios padronizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o acréscimo de algumas lesões, conforme você pode observar no quadro a seguir.

Quadro 1 – Classificação das lesões dentoalveolares e de mucosa oral proposta por Andreasen e Andreasen (2001)

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES DENTOALVEOLARES E DE MUCOSA ORAL PROPOSTA POR ANDREASEN E ANDREASEN [2001]	
LESÕES AOS TECIDOS DUROS DOS DENTES E À POLPA	Fratura incompleta de esmalte: lesão na estrutura dental sem perda de estrutura.
	Fratura de esmalte: lesão na estrutura dental com perda de estrutura restrita apenas ao esmalte dentário.
	Fratura não complicada de coroa: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte e dentina sem exposição do complexo pulpar.
	Fratura complicada de coroa: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte e dentina com exposição do complexo pulpar.
	Fratura corono-radicular: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte, dentina e o cimento sem exposição do complexo pulpar.
	Fratura complicada de coroa e raiz: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte, dentina e cimento, com exposição do complexo pulpar.
	Fratura radicular: lesão envolvendo cimento, dentina e polpa identificada que pode ser classificada de acordo com o deslocamento do fragmento coronário em cervical, média ou apical.
LESÕES AOS TECIDOS PERIODONTAIS	Concussão: lesão às estruturas de suporte dentário, sem mobilidade ou deslocamento anormal do dente, mas com aumentada sensibilidade à percussão.
	Subluxação: lesão às estruturas de suporte dentário, com mobilidade anormal, mas sem deslocamento dentário.
	Extrusão: deslocamento parcial incisal do elemento dentário em relação ao alvéolo.
	Luxação extrusiva: deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo.
	Luxação lateral: deslocamento do dente em uma direção diferente da direção axial, sendo acompanhado por cominuição (espedaçamento) ou fratura da cavidade alveolar.
	Luxação intrusiva: deslocamento do dente para dentro do osso alveolar.
Avulsão: deslocamento do elemento dental para fora do seu alvéolo.	

LESÕES NA GENGIVA OU NA MUCOSA ORAL	Laceração da gengiva ou da mucosa oral: lesão rasa ou profunda na mucosa resultante de um corte, geralmente produzida por um objeto pontiagudo.
	Contusão da gengiva ou da mucosa oral: contusão geralmente produzida por impacto com objeto rombo, não acompanhada de rompimento da mucosa e com hemorragia submucosa.
	Abrusão da gengiva ou da mucosa oral: lesão superficial produzida por atrito da mucosa, que deixa uma superfície exposta e com sangramento.

Fonte: Elaborado com base em Andreassen e Andreassen (2001).

3.2 Conceito e classificação de fraturas de próteses dentárias

Devido ao quadro epidemiológico relacionado às perdas dentárias no Brasil, é comum nos depararmos com adultos e idosos utilizando próteses dentárias fixas ou removíveis, confeccionadas em caráter provisório ou definitivo, como resultado de doenças ou agravos bucais que culminaram com a perda dentária. Em geral, os objetivos de uma reabilitação protética – ou seja, da utilização de próteses dentárias – convergem para os seguintes pontos:

- repor dentes perdidos;
- favorecer e recuperar aspectos estéticos;
- consolidar e manter a saúde periodontal;
- manter uma oclusão estável;
- reduzir a mobilidade aumentada ou progressiva de dentes;
- recuperar as funções orais básicas, como fonação, mastigação e deglutição; e
- possibilitar a socialização dos indivíduos na comunidade.

As fraturas de próteses dentárias, que podem ser ocasionadas tanto por acidentes ou como consequência de padrões inadequados de confecção, quando impossibilitam ou limitam a possibilidade da peça protética cumprir estes objetivos são entendidas como Eventos Agudos, principalmente por envolverem comprometimento grave da estética e da função oral.

Nesse sentido, as fraturas de próteses dentárias necessitam de pronta assistência odontológica para sua resolução, ainda que o procedimento realizado na Atenção Básica seja considerado provisório. Geralmente, os casos mais comuns nos quais os pacientes procuram os serviços de Atenção Básica com problemas em suas próteses são relacionados à:

- fratura de próteses removíveis, tanto parciais como totais; e

- soltura ou deslocamento de próteses fixas (uni-tárias ou parciais).

Em relação às próteses removíveis, podemos classificar as fraturas de acordo com o tipo e a causa da ocorrência. Observe:

- **Quebra de braço de grampo** – pode ser resultado de uma flexão repetida, motivada pela entrada e saída numa área altamente retentiva. A falha no metal ocorre antes do suporte periodontal ser abalado. Pode ocorrer a quebra devido a uma falha estrutural do próprio braço do grampo (na espessura, na fundição ou na etapa de polimento). O manuseio descuidado pelo paciente pode provocar a quebra do grampo, caso seja submetido a um esforço abusivo. A causa mais comum de falha de um braço de grampo fundido é a distorção causada pela quebra acidental na pia, no momento da limpeza. No caso de grampos feitos com fio maleável, a causa mais comum é o ajuste repetido feito em razão de o paciente retirar a prótese de maneira inapropriada ou devido a defeito na sua confecção.
- **Apoios oclusais fraturados** – a quebra do apoio oclusal sempre ocorre no ponto onde ele cruza a crista marginal, que constitui a região mais frágil. A causa geralmente está relacionada à inadequação da profundidade do preparo dos nichos oclusais. Além disso, o apoio oclusal pode ficar mais fino e fragilizado devido aos ajustes realizados na boca para impedir interferências oclusais.
- **Distorção e quebra dos outros componentes da prótese (conexões)** – considerando-se que esses componentes possuem volume mais espesso, a distorção e a quebra são menos comuns, geralmente acidentais ou provocadas por mau uso. Esses componentes podem também, caso não tenha havido um planejamento adequado da prótese, traumatizar a mucosa. Se for necessário um ajuste, este deve ser feito com cautela para não enfraquecer os componentes.

- **Perda de dentes (ou dentes não incluídos como suporte ou retenção de próteses removíveis)** – geralmente, a perda de dentes ocorre por fratura total ou parcial do elemento dentário, ocasionada acidentalmente por trauma ou por deslocamento completo do dente da base da prótese, devido à inadequação na técnica de prensagem da prótese.
- **Perda de um dente de suporte (em próteses removíveis) que necessita não só da substituição, mas também da substituição de um novo conjunto de grampos** – essa situação ocorre geralmente em dentes adjacentes ao dente de apoio da prótese. Esses dentes podem ser perdidos por comprometimento periodontal.

- **Outros tipos** – a substituição de um dente quebrado ou perdido; o reparo da base da resina quebrada; ou o acoplamento de uma base de resina que se tornou mal adaptada à armação metálica. A quebra é ocasionada, muitas vezes, devido ao desenho inadequado, à construção malfeita ou ao uso de materiais inadequados, mas pode também ocorrer por acidente (trauma). No caso de acidentes, o reparo e a substituição geralmente são suficientes. Entretanto, se a fratura ocorreu devido a causas estruturais ou se ela já é recorrente, então alguma modificação deverá ser feita no desenho da prótese.

- **Traumas no tecido** – geralmente são ocasionados por componentes das próteses indevidamente aliviados ou devido à construção inapropriada da fundição da parte metálica.

4. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Abordaremos, nesse tópico, os elementos fundamentais a serem conhecidos pelo cirurgião-dentista para que seja realizado um adequado diagnóstico nos casos de Trauma Dental.

Para a realização da avaliação diagnóstica, é importante saber qual é a origem do trauma dental. Portanto, o atendimento deve iniciar com a **anamnese**, atentando-se aos dados gerais do paciente e de seu histórico médico, e buscando-se, cuidadosamente, todas as alterações sistêmicas.

Em outras palavras, avalie onde e como o acidente ocorreu, com o intuito de definir a possibilidade de contaminação e os locais lesionados. As reações posteriores ao trauma – como presença de edema, sangramento em demasia e alteração comportamental – devem ser consideradas, assim como a presença de alguma intervenção anterior no local da lesão. Lembre-se de que a história prévia de traumatismos dentários deverá ser levada em conta!

Procure saber, também, qual foi o tempo decorrido desde o momento do trauma até o atendimento. Afinal, essa informação influenciará diretamente o plano de tratamento e o prognóstico do caso.

Importante:

- Deverá ser dada máxima atenção para as alterações indicativas de hipertensão intracraniana, como: sonolência excessiva, vômitos em jato, alterações no nível de consciência e edema de pupila.
- Alterações durante o teste de vitalidade ou durante a oclusão podem indicar deslocamentos, fraturas de tecido ósseo ou alterações na articulação temporomandibular.

Além da anamnese, deve-se proceder à limpeza da região traumatizada para que se possa visualizar melhor a extensão das lesões.

Já com conhecimento da origem do trauma e do histórico médico do paciente, e após a verificação da área lesionada, deve-se proceder ao exame clínico, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 2 – O que deve ser avaliado durante o exame clínico

O QUE DEVE SER AVALIADO DURANTE O EXAME CLÍNICO	
Tecidos moles	Avalie a extensão e a profundidade da lesão, pois existe a possibilidade de presença de corpos estranhos.
Tecido dentário	Busque por trincas, fraturas, exposição pulpar e luxações.
Tecido de sustentação dentária	Mobilidade: avalie o afrouxamento. Se for de um elemento dentário, maior será a probabilidade de rompimento do feixe vascular. A mobilidade em um grupo de elementos dentários indica fratura alveolar. Sensibilidade à percussão: verifique a sensibilidade ao toque. Se houver, indica lesão ao ligamento periodontal. Nos casos de travamento dentário no tecido ósseo, possivelmente por luxação lateral ou intrusiva, o som à percussão evidenciará um tom metálico.

Importante:

O teste de vitalidade pulpar com estímulo frio possui grande valor diagnóstico para confirmação de necrose pulpar em dentes permanentes. Entretanto, tem seu uso limitado nos casos de dentes recém-traumatizados, pois se pode ter uma resposta negativa à vitalidade sem existência de necrose pulpar. Nos casos de dentição decídua seu uso deve ser evitado devido à baixa confiabilidade.

Além das avaliações e dos testes realizados durante o exame clínico, recomenda-se a realização de **exames complementares**. Exames radiográficos são fundamentais para definir os procedimentos subsequentes, porém cabe ao profissional avaliar a disponibilidade de acesso a tais exames. A radiografia de tecidos moles é útil para a investigação da presença de corpos estranhos, como, por exemplo, fragmentos de dentes. Já o uso de radiografia oclusal fornece uma ótima visualização de luxações laterais, fraturas apicais e do terço médio e alveolares. No caso do uso de radiografia periapical, indica-se a realização de três tomadas radiográficas – ortocêntrica, disto e méso-angulada – em cada dente traumatizado, para melhor visualização da extensão e localização da lesão dentária.

Após seguir esses passos, você terá elementos suficientes para a definição do diagnóstico e, consequentemente, da conduta clínica e do prognóstico do caso.

4.1 Violência contra crianças

A violência contra crianças é um problema muito grave e que pode ser detectado pelo cirurgião-dentista durante uma avaliação diagnóstica, ao atender um evento agudo de trauma dental. Muitas vezes, a anamnese e o exame clínico podem indicar que o caso não foi decorrente de um acidente, mas sim de um ato deliberado de agressão contra a criança. Dessa forma, os profissionais de saúde não devem excluir esta possibilidade, investigando mais profundamente a situação e, se for o caso, realizando os encaminhamentos pertinentes.

Vale lembrar que estamos tratando aqui do caso de violência contra crianças, mas que as indicações que você verá a seguir se aplicam também à parte da população idosa, principalmente aquela mais fragilizada. Assim como no caso de crianças, os idosos dependentes podem não apresentar condições para verbalizarem os atos de agressão sofridos, e caberá aos profissionais de saúde perceber o problema e tomar as atitudes necessárias.

Para ser considerado violento, um ato precisa preencher três requisitos mínimos: (1) fazer uso de força física ou psíquica; (2) ser intencional; e (3) ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano. Considera-se vítima de agressão o indivíduo que é tratado de forma inadequada em uma determinada cultura, num determinado momento.

A violência contra crianças tem sido constatada em diferentes culturas, e numa mesma cultura em diferentes épocas, desde o início da civilização. No Brasil, é apontada como uma das principais causas de morbimortalidade, e envolve principalmente os setores de saúde, de assistência social e de educação.

O passo mais importante para o profissional de saúde que se depara com uma situação suspeita é acreditar

que ela possa realmente acontecer. O diagnóstico é um difícil exercício emocional e intelectual que requer tempo e experiência.

A complexidade da situação requer uma abordagem interdisciplinar, com envolvimento não apenas do sujeito agredido, mas também do agressor. Neste contexto, a agressão física pode ser a oportunidade de identificação deste.

Conforme mostra o quadro a seguir, são sete os indicadores clássicos para o diagnóstico:

Quadro 3 – Sete indicadores clássicos de violência contra a criança

SETE INDICADORES CLÁSSICOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

1. Demora para procura de assistência médica.
2. História do acidente vaga, com ausência de detalhes e variável durante a repetição.
3. Relato da causa provável incompatível com a lesão observada.
4. Alteração de humor dos responsáveis, que se mostram preocupados apenas com seus problemas.
5. Alteração de comportamento dos responsáveis, que muitas vezes apresentam-se hostis.
6. Criança aparentemente triste e com pouca interação com seus responsáveis.
7. História contada pela criança pode ser diferente daquela contada pelos pais.

Dentre os tipos de lesões frequentes estão as contusões. Elas geralmente acometem nádegas e parte inferior das costas, genitais e parte interna das coxas, face, lóbulo da orelha, lábio e freio labial superior e pescoço. **Abrasões e lacerações** também podem ser observadas em locais como palato, assoalho de boca e vestibulo, geralmente causadas por utensílios domésticos. Além disso, podem também ser vistas na região facial e comumente são causadas por anéis ou pelas unhas do agressor. Raramente esse tipo de lesão está restrito à região orofacial. Queimaduras, marcas de mordida, traumatismos dentais, lesões nos olhos e fraturas ósseas também são observados.

As lesões resultantes de agressões na região orofacial podem ser identificadas pelo cirurgião-dentista, por ser este, muitas vezes, o primeiro profissional a abordar a criança agredida. O papel do cirurgião-dentista, efetivamente, é o de reconhecer a possibilidade de agressão, fornecer a assistência odontológica adequada, e informar as autoridades responsáveis, seguindo os protocolos municipais, quando já instituídos. Todos os membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) devem ser informados e o caso deve ser discutido em conjunto, de forma multiprofissional. A abordagem interdisciplinar, juntamente com o apoio dos profissionais da assistência social e da psicologia, se faz necessária. Assim, todos são responsáveis pela garantia da integridade da criança e do cuidado familiar, incluindo pais e responsáveis.

5. ABORDAGEM INICIAL E ATENDIMENTO SEQUENCIAL

A seguir você conhecerá, primeiramente, a sequência de procedimentos clínicos para o atendimento de lesões traumáticas envolvendo dentes naturais, tecidos periodontais e mucosa oral. Em seguida, abordaremos o atendimento inicial aos casos de fraturas de próteses dentárias. Acompanhe!

5.1 Lesões envolvendo dentes naturais, tecidos periodontais e mucosa oral

A partir de agora, você verá qual deve ser a abordagem inicial nos casos de lesões aos tecidos duros dos dentes e à polpa, nos casos de lesões aos tecidos periodontais, bem como nos casos de lesões na gengiva ou na mucosa oral. Além disso, trataremos da abordagem inicial quando o quadro for de fratura na dentição decídua. Para finalizar, faremos a descrição dos procedimentos clínicos indicados para as situações mencionadas. Acompanhe!

5.1.1 Lesões aos tecidos duros dos dentes e à polpa

Fratura incompleta de esmalte (trinca): realiza-se o controle da sensibilidade pulpar na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fratura de esmalte: realiza-se plastia do esmalte (regularização) ou restauração direta em resina composta. Indica-se controle radiográfico e da sensibilidade na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fratura não complicada de coroa: procede-se à proteção da dentina exposta por colagem de fragmento dental, por restauração direta em resina composta ou, ainda, por capeamento pulpar indireto com hidróxido de cálcio e selamento com cimento de ionômero de vidro. Indica-se controle radiográfico e da sensibilidade na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fratura complicada de coroa: realiza-se capeamento pulpar direto, pulpotomia ou pulpectomia. Em seguida, procede-se à colagem do fragmento dental, à restauração direta em resina composta ou, ainda, ao selamento com cimento de ionômero de vidro. Indica-se controle radiográfico periódico na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fraturas corono-radiculares: o nível da fratura determinará o tipo de tratamento indicado. O procedimento de urgência pode incluir a estabilização do fragmento coronário com resina composta. Nos casos de **fraturas não complicadas de molares e pré-molares**, indica-se a remoção do fragmento móvel e o selamento da dentina com cimento de ionômero de vidro. **Fraturas verticais** geralmente indicam a exodontia, entretanto, nos incisivos com rizogênese incompleta, muitas vezes a linha de fratura é incompleta e se estende até a crista alveolar ou levemente

apical a ela. Nestes casos, o encaminhamento para terapia endodôntica e posterior tração ortodôntica produz bons resultados.

Para os casos anteriormente descritos pode-se optar pela prescrição de medicação analgésica quando da presença de sintomatologia dolorosa. Nos casos de dores leves a moderadas são indicados os analgésicos não-opioides com ação basicamente sobre a dor como dipirona e paracetamol.

A prescrição medicamentosa sugerida esta detalhada no Anexo A.

Fraturas complicadas de coroa e raiz: nesse caso, reúnem-se os procedimentos endodônticos, indicados nos casos de fratura complicada de coroa, e de estabilização (para **fratura radicular**). Recomenda-se o acompanhamento clínico e radiográfico, para verificação do nível de deslocamento do fragmento coronário (cervical, médio ou apical), bem como da necessidade de encaminhamento para terapia endodôntica.

Fratura radicular: nos dentes permanentes, a redução dos fragmentos coronários deslocados e a contenção rígida com resina composta constituem o princípio do tratamento. Nos casos de **linhas de fratura próximas à região gengival**, poderá ser indicada a remoção do fragmento coronário com posterior tratamento endodôntico e protético. Para os casos de **fraturas do terço médio ao apical**, institui-se o tratamento imediatamente após o traumatismo para uma maior facilidade no reposicionamento do fragmento. Quando houver dificuldade na realização do reposicionamento, existe uma grande chance do trauma ter gerado também uma **fratura da tábua óssea vestibular**, o que indica a necessidade de redução da fratura óssea antes do reposicionamento dental. A contenção rígida permanecerá por um período de 2 a 3 meses, para assegurar a consolidação do tecido duro. Os dentes com rizogênese incompleta que apresentarem fraturas radiculares incompletas não necessitarão de contenção, entretanto, poderão ser incluídos na contenção em casos de traumatismos múltiplos. Indica-se acompanhamento radiográfico periódico.

Nos casos de dor moderada ou intensa pode-se optar pela utilização dos analgésicos não-opioides, ou pela associação destes a analgésicos opioides.

Veja as diferentes opções para prescrição dos medicamentos sugeridos acessando o Anexo A.

5.1.2 Lesões aos tecidos periodontais

Concussão e subluxação: é realizado alívio da oclusão nos dentes traumatizados ou contenção, além da indicação de dieta pastosa e proervação do caso.

Extrusão e luxação extrusiva e lateral: em caso de necessidade de reposicionamento, deve-se proceder à anestesia local, ao reposicionamento do dente até a posição normal e a contenção rígida. O paciente deverá permanecer com a contenção rígida por 2 a 3 semanas em casos de extrusão e por 3 semanas em casos de luxação lateral, salvo quando ocorrer fratura do osso marginal, caso para o qual o período de contenção passa a ser de 6 a 8 semanas. O acompanhamento radiográfico deverá ser periódico por no mínimo 1 ano.

Luxação intrusiva: nos casos de rizogênese incompleta, realizar acompanhamento até a reerupção da reerupção dentária, com radiografias periódicas e encaminhamento para tração ortodôntica nos casos de rizogênese completa. Por apresentar risco de reabsorção da superfície radicular, há necessidade de 5 anos de acompanhamento.

Avulsão: nestes casos, se houver uma pessoa que tenha conhecimento para proceder à primeira intervenção no indivíduo que sofreu a avulsão, ela deverá tentar reposicionar o dente afetado dentro do alvéolo, desde que não haja risco de o paciente aspirá-lo ou engoli-lo. Nos casos de impossibilidade de reposicionamento no alvéolo, o dente pode ser mantido em leite ou soro fisiológico, podendo ser reimplantado até 6 horas após o trauma. Caso o dente tenha caído fora da cavidade bucal, deve-se apenas lavá-lo com soro fisiológico. Não se deve limpar a superfície dentária com gaze ou qualquer instrumental cortante. Logo que possível, o paciente deverá ser encaminhado ao cirurgião-dentista para estabilização do dente e tratamento endodôntico (curativo com hidróxido de cálcio).

Nos casos de avulsão dentária deve ser considerada a imunização contra o tétano, principalmente quando do reimplante dental. A terapia antimicrobiana também esta indicada.

Veja as diferentes opções para prescrição dos medicamentos sugeridos acessando o Anexo A e Anexo B.

A profilaxia do tétano pode ser vista acessando o Anexo C.

5.1.3 Lesões na gengiva ou na mucosa oral

Em todos os casos de lesões na gengiva ou na mucosa oral, deve-se proceder à limpeza e à antissepsia da região, à remoção de fragmentos dentários e corpos estranhos, ao reposicionamento dos tecidos e à sutura, quando necessário.

A contaminação exógena das feridas se faz por meio do contato destas com o agente agressor. A antibioticoterapia esta indicada nos casos de continuidade tecidual envolvendo pele, mucosa, músculos e ossos. As classes recomendadas são as penicilinas ou metronidazol, devido à presença de placa subgengival, com padrão de microorganismos Gram-negativos e predominância de anaeróbios. A substituição em caso de alergia pode ser feita pela azitromicina ou clindamicina, entretanto a eritromicina também pode ser usada. O uso terapêutico correto destes antibióticos pode ser visto acessando o Anexo B.

A história prévia de imunização antitetânica e o tipo de ferida devem ser considerados para estabelecimento de esquema profilático. São consideradas feridas limpas aquelas com evolução menor que 6h, sem presença de corpos estranhos e com pequeno dano tecidual. As demais são consideradas feridas não limpas.

5.1.4 Casos de fraturas na dentição decídua

Fraturas que envolvam somente o esmalte ou o esmalte e a dentina sem exposição pulpar: o tratamento indicado nesses casos é plastia de esmalte (regularização) ou restauração direta em resina composta. O controle radiográfico está indicado na sexta semana após o trauma.

Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar: quando a exposição pulpar ocorre, podem ser realizados capeamento pulpar e/ou pulpotomia, desde que o referido dente não esteja no período de esfoliação. Deve-se realizar acompanhamento periódico da evolução do caso.

Fraturas corono-radiculares: o tratamento de eleição nesses casos é a exodontia.

Fraturas radiculares: nos casos de fraturas radiculares segue-se a mesma orientação recomendada para os dentes permanentes. Entretanto, se houver indicação de exodontia, o fragmento apical não deverá ser removido e a contenção poderá ser dispensada.

Concussão e subluxação: a conduta clínica é o acompanhamento do caso com controle clínico após o primeiro e o segundo mês, e proervação por 1 ano.

Extrusão: geralmente a exodontia é o tratamento de escolha nesses casos.

Luxação intrusiva e lateral: realiza-se o acompanhamento do reposicionamento natural do dente traumatizado. Nos casos de suspeita de envolvimento com o germe dental permanente, é indicada a extração do dente decíduo. Indica-se controle radiográfico após o primeiro e o segundo mês e acompanhamento por um ano.

A prescrição medicamentosa segue roteiro semelhante ao utilizado para traumatismos na dentadura permanente, entretanto a posologia deve sofrer adequação de acordo com idade e peso da criança.

Você deve acessar o Anexo D para ter detalhes sobre a prescrição medicamentosa em odontopediatria.

5.1.5 Descrição dos procedimentos clínicos

Estão listados, a seguir, os procedimentos indicados para as situações clínicas descritas anteriormente. Observe:

5.1.5.1 Plastia do esmalte

Procedimento realizado para fraturas restritas ao esmalte dentário, sem comprometimento estético, por meio do desgaste seletivo do esmalte com brocas diamantadas finas e extrafinas, seguidas de polimento com lixas e pasta polidora.

Os passos clínicos são:

1. Desgaste seletivo do esmalte.
2. Polimento da superfície com lixas e pasta polidora.

5.1.5.2 Colagem de fragmento dentário

Para a realização deste procedimento, algumas condições básicas deverão ser avaliadas. Primeiramente, o fragmento dentário deve ter sido recuperado. Após a avaliação, o diagnóstico e a definição do plano de tratamento, deve-se limpar o fragmento e testá-lo em posição para avaliá-lo quanto à adaptação. Nos casos de fratura não complicada de coroa, a colagem poderá ser conduzida durante a consulta odontológica de urgência ou assim que possível.

Os passos clínicos são:

1. Seleção de cor da resina composta.
2. Limpeza da superfície dentária remanescente e do fragmento dental.
3. Isolamento do campo operatório.
4. Testagem do posicionamento do fragmento dentário.
5. Condicionamento ácido da superfície remanescente e do fragmento.
6. Aplicação do adesivo nas superfícies a serem coladas e fotopolimerização.
7. Aplicação de resina fluida ou cimento resinoso e adaptação do fragmento.
8. Fotopolimerização.
9. Remoção de excessos e ajuste oclusal.

5.1.5.3 Restauração direta em resina

Quando o fragmento não é encontrado ou não se consegue uma boa adaptação ao remanescente dental, pode-se optar pela reconstrução do tecido dentário faltante por meio de restaurações diretas em resina.

Os passos clínicos são:

1. Seleção de cor da resina.
2. Isolamento do campo operatório.
3. Limpeza da superfície dentária remanescente.
4. Condicionamento ácido da superfície remanescente.
5. Aplicação do adesivo e fotopolimerização.
6. Aplicação de resina pela técnica incremental e fotopolimerização.
7. Remoção de excessos e ajuste oclusal.

5.1.5.4 Contenção rígida com resina composta

Nos casos de envolvimento das estruturas de suporte dos elementos dentais, muitas vezes a contenção rígida é indicada. Ela pode ser realizada tanto com um fio de aço fixado com resina composta aos elementos dentais, quanto com a própria resina utilizada na união desses.

Os passos clínicos são:

1. Isolamento do campo operatório.
2. Condicionamento ácido das superfícies dentais.
3. Aplicação do adesivo e fotopolimerização.
4. Aplicação de resina para unir os elementos traumatizados e fotopolimerização.
5. Remoção de excessos e ajuste oclusal.

Para todos os casos, o acompanhamento é essencial para o diagnóstico de possíveis complicações, sendo que o intervalo entre os retornos é condicionado pelo tipo de trauma e pela conduta terapêutica aplicada.

5.2 Fraturas de próteses dentárias

Antes de passarmos efetivamente ao assunto, é importante que você tenha em mente que as próteses temporárias (ou provisórias) servem como meio auxiliar de um tratamento abrangente de reabilitação oral, recuperando necessidades funcionais e estéticas. Entretanto, podemos observar que muitas pessoas utilizam próteses tipicamente provisórias como definitivas, principalmente devido a limitações financeiras e de acesso a serviços especializados de reabilitação.

Os motivos mais frequentes para reparo em próteses removíveis são acidentais – por quedas ou traumas – mas também podem ocorrer por defeitos na sua confecção ou por alteração na relação oclusal. Por isso, o **reparo** e a **adição de elementos dentais em próteses removíveis**, que substituem dentes perdidos ou fraturados, são as condutas clínicas a serem adotadas na Atenção Básica.

Mesmo sabendo que a confecção de próteses dentárias não é atribuição corrente do cirurgião-dentista que atua na Atenção Básica, os usuários buscam ao menos um primeiro atendimento, uma resposta ainda que provisória, até que se possa, num momento posterior, realizar o conserto definitivo ou mesmo a substituição completa da prótese.

5.2.1 Procedimentos clínicos para confecção dos reparos e adição de novos elementos em próteses removíveis

Os procedimentos clínicos indicados para realização dos reparos e adições de novos elementos protéticos no âmbito da Atenção Básica, segundo a situação que a prótese removível do paciente apresenta, são:

Substituição de um braço de grampo quebrado por um braço retentivo confeccionado em fio maleável

Um braço de grampo retentivo quebrado, a despeito do seu tipo, pode ser substituído por um braço retentivo confeccionado em fio maleável, incluído numa base de resina. Um fio de aço é utilizado para substituir o braço de grampo original.

Procedimento: quando existe uma base de resina acrílica na prótese, o fio pode ser incluído nesta base com resina quimicamente ativada. A parte restante do braço do grampo original é cortada rente ao seu ponto de origem. Faz-se um furo com broca logo abaixo do dente artificial, tão próximo quanto possível da conexão menor da qual o grampo quebrado se originava. Esse furo deve ter angulação para baixo até o lado oposto, emergindo aproximadamente até a porção média da base da resina. A partir desse orifício corta-se uma fenda na base da resina, suficientemente longa para acomodar o comprimento do fio maleável para que este tenha retenção adequada.

Adição de dentes em próteses

Quando um dente se desloca ou sofre fratura próximo à base da prótese, ainda pode ser possível reaproveitá-lo. Caso contrário, deve-se optar por um novo dente de estoque, o mais semelhante possível aos demais em relação à forma, ao tamanho e à cor.

Procedimento: os restos do dente fraturado são removidos com fresa e, em seguida, é preparado um nicho para receber de volta o dente fraturado ou um novo dente. Principalmente em se tratando de dentes anteriores, quaisquer modificações ou adição de

resina devem ser feitas por palatino/lingual para se preservar ao máximo a borda vestibular. Para manter o dente em posição, pode-se utilizar uma guia de cera enquanto ele é fixado com resina acrílica quimicamente ativada. Tanto a prótese quanto os dentes devem ser umedecidos previamente com líquido acrílico. Outra possibilidade que facilita o ajuste oclusal é, durante a ativação da resina, o paciente colocar a prótese e manter oclusão habitual. Aos poucos, com o uso de espátula, o cirurgião-dentista vai removendo os excessos de resina. Após o completo endurecimento da resina, procede-se aos ajustes finos e ao polimento.

Fraturas de pequenas áreas de resina em próteses totais ou parciais removíveis

Pequenas áreas de fratura da base de resina de próteses totais ou parciais removíveis podem ocasionar dificuldade ou impossibilidade do uso da prótese, por causar desconforto, dor, feridas na mucosa ou mesmo instabilidade da prótese.

Procedimento: reembasamento direto da região fraturada. Apesar de já existirem materiais apropriados – como as resinas condicionadoras de tecido –, em casos de urgência, e em caráter provisório, pode-se lançar mão da resina acrílica quimicamente ativada, que é mais rígida. Alguns inconvenientes dessa técnica são as sensações de ardor e calor intraoral, consequências do processo de polimerização da resina, que pode ser um tanto quanto desagradável para o paciente. É importante proteger a mucosa do paciente e os dentes adjacentes, com vaselina. A vantagem é o tempo de polimerização, que é curto.

Reparo de próteses totais superiores ou inferiores em caso de fratura na linha média

A fratura na linha média de próteses totais é um evento relativamente comum, que impossibilita o uso da prótese pelo paciente.

Procedimento: deve-se limpar os bordos fraturados da prótese, removendo restos de alimentos ou outros materiais adesivos. Em seguida, una as partes para observar o encaixe. Posicione uma haste rígida (feita com palito ou fio grosso metálico reto) do molar esquerdo ao molar direito e fixe a haste com cera. Tome cuidado para que a cera não alcance a área a ser consertada. Forre o interior da prótese com papel alumínio. O próximo passo é espatular uma quantidade de gesso comum e posicionar no interior da prótese, na área da linha de fratura, sem deixar áreas retentivas. Após a presa, deve-se separar a prótese do modelo. Com uma fresa – de preferência, use o formato chama de vela –, abra uma canaleta, eliminando toda a linha de fratura e tornando a superfície áspera cerca de 0,5 cm ao redor da área da canaleta. Adapte a prótese ao modelo e prepare uma porção de resina qui-

micamente ativada em pote Dappen. Aguarde a evaporação superficial do monômero da massa acrílica e realize o preenchimento da fratura. Alise a superfície da resina com monômero, utilizando um pincel. Proceda aos desgastes e ao polimento final.

Para os reparos mencionados anteriormente, serão necessários, no mínimo, os seguintes materiais: micromotor e peça reta, fio de aço inoxidável de 0,7 a 1,0 mm de diâmetro, alicate, resina acrílica quimicamente ativada (pó + líquido), fresa, discos ou borrachas de acabamento, gesso comum, pote Dappen, pincéis comuns e espátula metálica (Lecron).

5.2.2 Procedimentos clínicos para recimentação de próteses fixas

Na recimentação de próteses fixas, unitárias ou parciais, alguns aspectos devem ser observados:

Condição da prótese a ser cimentada – caso a prótese esteja com seus contornos indefinidos e com a altura de margem gengival inadequada, faz-se neces-

sário proceder ao reembasamento direto, com resina acrílica quimicamente ativada.

Seleção do agente cimentante – de acordo com Mesquita, Ce e Taddeu Filho (2008), deve-se levar em conta o grau de retenção e de mobilidade dos dentes pilares, o tempo de permanência na boca, a extensão e o material de confecção da prótese, além da necessidade de ação medicamentosa sobre a polpa. Com relação aos agentes cimentantes, esses autores indicam o **cimento de fosfato de zinco**, por ser mais resistente à infiltração marginal. Nos casos de necessidade de ação medicamentosa, os **cimentos de hidróxido de cálcio** podem ser utilizados.

Para os casos em que há necessidade de maior retenção nos dentes pilares ou maior mobilidade dos mesmos, são indicados os **cimentos de zinco e eugenol**, uma vez que apresentam efeito sedativo sobre a dentina hipersensível e propriedades antibacterianas. Os **cimentos de ionômero de vidro** também podem ser utilizados quando se deseja um maior tempo de permanência da peça protética.

6. RESUMO DO MÓDULO

Caro aluno.

Neste módulo, você aprendeu que os traumas dentários ocorrem em decorrência de quedas, brigas, acidentes esportivos ou automobilísticos, e de maus tratos. Os indivíduos do gênero masculino e em idade escolar são os mais acometidos. Medidas coletivas e individuais podem ser utilizadas para a prevenção dos traumas dentários. A origem do trauma, os dados gerais e a história médica deverão ser investigados. No exame clínico, os tecidos moles, os tecidos dentários e de sustentação dentária deverão ser analisados. A conduta clínica dependerá do tipo de lesão diagnosticada, bem como do intervalo, do tempo de preservação e do prognóstico do caso. Atenção deve ser dada aos sinais de violência contra crianças.

Além disso, você aprendeu que as fraturas de próteses geralmente são decorrentes de acidentes por queda ou trauma. Consertos de grampos de retenção de próteses removíveis, recolocação de dentes e reparo de porções de resina acrílica fraturadas e cimentação de coroas protéticas podem ser realizados com materiais como fio de aço, resina acrílica, dentes de estoque, cimento de fosfato de zinco ou de ionômero de vidro, mesmo que de maneira temporária, até que o paciente consiga acessar o tratamento definitivo.

Tenha uma boa avaliação!

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Renata Goulart Castro

- ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. **Fundamentos de traumatismo dental**: guia de tratamento passo a passo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 187p.
- BASTONE, E. B.; FREER, T. J.; McNAMARA, J. R. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature. **Australian Dental Journal**, 2000, v. 45, p. 2-9. Disponível em: <<http://www.rutlandcc.com/images/img/70125132.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 51p.
- CONGRESSO PAULISTA DE TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA. **Atualização em prótese dentária**: inter-relação clínica laboratório. São Paulo: Santos, 1997. 215p.
- CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Prevalence and correlates of traumatic dental injuries to the teeth of schoolchildren aged 9 to 14 in Belo Horizonte, Brazil. **Endodontics & Dental Traumatology**, 2000. v. 17, p. 22-26.
- FLORES, M. T. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries. Section I – Fractures and luxations of permanent teeth. **Dental Traumatology**, 2007. v. 23, p. 66-71.
- FLORES, M. T. et al. _____. Section II – Avulsion of permanent teeth. **Dental Traumatology**, 2007. v. 23, p. 130-136.
- FLORES, M. T. et al. _____. Section III – Primary teeth. **Dental Traumatology**, 2007. v. 23, p. 196-202.
- FORSBERG, C. M.; TEDESTAM, G. Etiological and predisposing factors related to traumatic injuries to permanent teeth. **Swedish Dental Journal**, 1993. v. 17, n. 6, p.183-190.
- LEVIN, L.; ZADIK, Y. Education on and prevention of dental trauma: it's time to act!. **Dental Traumatology**, Denmark, 2012. v. 28, p. 49-54.
- MARCENES, W.; ALESSI, O. N.; TRAEBERT, J. Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school-children aged 12 years in Jaraguá do Sul, Brazil. **International Dental Journal**, London, 2000. v. 50, p. 87-92.
- MARCENES, W.; ZABOT, N. E.; TRAEBERT, J. Socio-economic correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in schoolchildren aged 12 years in Blumenau, Brazil. **Dental traumatology**, Denmark, 2001. v. 17, p. 222-226.
- MESQUITA, E.; CE, G.; TADDEU FILHO, M. **Prótese unitária**. Florianópolis: Ponto, 2008. 296p.
- PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ**, 2005. v. 83, n. 9, p. 661-669.
- RIBEIRO, Maurício Serejo. **Manual de prótese total removível**. São Paulo: Santos, 2007. 123p.
- RIBEIRO, Maurício Serejo; SALVADOR, Milton Carlos Gonçalves. **Manual de laboratório prótese total**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2007. 123p.
- TRAEBERT, J. et al. Prevalence of traumatic dental injury and associated factors among 12-year old school children in Florianópolis, Brazil. **Dental traumatology**, Denmark, 2003. v. 19, p. 15-18.
- TELLES, D. de M. **Prótese total**: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos, 2009. 492p.
- TURANO, Jose Ceratti; TURANO, Luiz Martins; TURANO, Marcello Villas-Bôas. **Fundamentos de prótese total**. 9. ed. São Paulo: Santos, 2010. 569p.

Renata Goulart Castro

Formada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, cursou mestrado e doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva pela mesma universidade. Atualmente é servidora da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuando como dentista na Estratégia de Saúde da Família e coordenando uma Unidade Básica de Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/2457909178885588>

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Doutora em Enfermagem. Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Especialista em Odontogeriatrics. Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora das disciplinas de Interação Comunitária do Curso de Odontologia da UFSC. Atua também no Programa de Pós-graduação em Odontologia – área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva da UFSC.

<http://lattes.cnpq.br/6656705142477097>

**EVENTOS AGUDOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trauma Dental

Anexos

Prescrição de medicamentos em Trauma Dental

Autor: Rubens Rodrigues Filho

Você acabou de obter informações a respeito de vários tipos de lesões envolvendo tecidos duros dos dentes e a polpa. Muitas vezes é necessário o uso de medicamentos sistêmicos que podem ser basicamente analgésicos, ou seja, com ação restrita a dor; aqueles capazes de atuar sobre o processo inflamatório, onde a dor também está presente, mas você também pode prescrever associações de analgésicos opioides com não opioides. Estes últimos indicados principalmente para os casos de dor intensa, mas que também podem ser usados na dor de intensidade moderada quando a mesma não responde aos analgésicos não opioides administrados. Abaixo apresentamos uma série de opções para a prescrição, você pode escolher uma delas, todas são indicadas. Lembre sempre que nenhum dos medicamentos listados soluciona todos os casos, havendo em algumas situações a necessidade de trocas ou ajustes de doses.

a) Derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno

Os derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno apresentam atividade basicamente analgésica. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 1 – Especialidade farmacêutica com base em derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno*

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DO PARAMINOFENOL OU DO ACETAMINOFENO	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
Comprimidos de 500mg ou 750mg. Administrar por via oral 1 comprimido de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas, respectivamente.	
Em gotas, 500mg, 650mg ou 750mg. Administrar 55 gotas a cada 6 horas.	

* Todos os medicamentos desta tabela são paracetamol (anilidas). A concentração padrão é 500mg sendo a dose ajustada de acordo com a sintomatologia e dose máxima recomendada

b) Derivados da pirazolona (atividade basicamente analgésica)

Os derivados da pirazolona apresentam atividade basicamente analgésica. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 2 – Especialidade farmacêutica com base em derivados da pirazolona*

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DA PIRAZOLONA	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
Comprimidos de 500mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 horas.	

* Todos os medicamentos deste quadro são dipirona. A concentração padrão é de 500mg podendo ser ajustada de acordo com a sintomatologia e dose máxima.

c) Associações de analgésicos

Aqui temos outra opção terapêutica importante para os casos em que o paracetamol ou a dipirona não controlam a dor. A prescrição deve ser feita em receituário de controle especial (duplo carbonado). Observe agora a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 3 – Especialidades farmacêuticas com base em associações de analgésicos

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM ASSOCIAÇÕES DE ANALGÉSICOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Propoxifeno 50mg + Ácido acetilsalicílico 325mg	Cápsulas de 50mg. Administrar 1 cápsula por via oral de 4 em 4 horas.
Paracetamol* 750mg + Codeína 30mg	Comprimidos de 30mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 horas.
Analgésico opioide agonista	Comprimidos de 50mg e 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Em gotas, 50mg/mL. Administrar, por via oral, 20 gotas diluídas em água a cada 8 horas (máximo de 400mg/dia).
	Injetável, 50mg/mL ou 100mg/mL. Administrar 1 ampola, por via intramuscular ou intravenosa, de 8 em 8 horas (máximo de 400mg/dia).
Codeína* 50mg + Diclofenaco sódico 50mg	Comprimidos de 50mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.

* Somente paracetamol e codeína constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde

d) Medicamentos analgésicos com ação anti-inflamatória

Abaixo temos outras possibilidades terapêuticas, agora com medicamentos que apresentam ação significativa sobre o processo inflamatório. Lembre-se sempre que esses medicamentos também são analgésicos e que, portanto, não há necessidade de associá-los com dipirona ou paracetamol. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 4 – Especialidades farmacêuticas com ação analgésica e anti-inflamatória

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM AÇÃO ANALGÉSICA E ANTI-INFLAMATÓRIA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Diclofenaco potássico	Drágeas de 50mg ou comprimidos de 50mg. Administrar 1 drágea ou comprimido por via oral de 6 em 6 horas ou de 8 em 8 horas.
	Injetável, ampola de 75mg/3mL. Administrar 1 ampola ao dia por via intramuscular durante 2 dias.
Diclofeanaco com colestiramina	Cápsulas de 70 mg de liberação controlada. Administrar 1 cápsula a cada 24 horas.
Naproxeno sódico	Comprimidos de 250mg, 275mg, 500mg ou 550mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 12 em 12 horas.
Ibuprofeno*	Comprimidos de 200mg, 300mg, 400mg ou 600mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6, 8 em 8 ou 12 em 12 horas.
	Cápsulas de liberação prolongada. Administrar 1 cápsula por via oral de 12 em 12 horas.
	Granulados de 600 mg. Dissolver o conteúdo de 1 envelope e administrar a cada 8 ou 12 horas.
Benzidamina	Drágeas de 50mg. Administrar 1 drágea por via oral a cada 6 ou 8 horas.
Ácido mefenâmico	Comprimidos de 500mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.
Diclofenaco sódico	Comprimidos de 50mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas.
	Injetável, ampola de 75mg. Administrar, por via intramuscular, 1 ampola ao dia por, no máximo, 2 dias.
	Comprimidos de 100mg de liberação prolongada. Administrar por via oral 1 comprimido ao dia.
Piroxicam	Cápsulas de 20mg ou comprimido sublingual de 20mg. Administrar por via oral 1 cápsula ao dia.
	Comprimidos de 20mg. Administrar por via oral 1 comprimido ao dia.
	Injetável, 20mg/mL. Administrar 1 vez ao dia por via intramuscular
Nimesulide	Comprimidos de 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.
Aceclofenaco	Comprimidos de 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.
Meloxicam	Comprimidos de 7,5mg ou 15mg. Administrar 1 comprimido de 7,5mg por via oral de 12 em 12 horas; ou 1 comprimido de 15mg a cada 24 horas.
	Injetável (solução), ampolas de 15mg (1,5 mL). Administrar uma ampola por dia por via IM.

Celecoxib	Cápsulas de 200mg. Administrar 1 cápsula por via oral de 12 em 12 horas.
Arcóxía	Comprimidos de 90mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 24 horas.
Cetoprofeno	Cápsulas de 50mg; comprimidos de desintegração entérica de 100mg; comprimidos de desintegração lenta de 200mg. Administrar 1 cápsula ou 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
Tenoxicam	Comprimidos de 20mg; granulados de 20mg. Administrar 1 comprimido a cada 24 horas.
	Injetável, 20mg (2mL). Administrar 1 vez ao dia por via IM.
Fenoprofeno	Cápsulas de 200mg. Administrar 1 cápsula a cada 6 horas.
Cetorolaco de trometamina	Comprimidos de 10mg. Administrar 1 comprimido por via sublingual a cada 6 ou 8 horas.

* Somente ibuprofeno consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Obs: Os medicamentos com atividade analgésica (atuam principalmente sobre a dor), assim como as associações de analgésicos, devem ser prescritos por período de 24h, mas você pode diminuir ou aumentar o tempo de uso em função da necessidade. Por outro lado, aqueles com atividade sobre o processo inflamatório (você viu que são vários) devem ser prescritos em média por 3 dias.

Observe ainda que dentre tantos medicamentos anti-inflamatórios existem alguns que são seletivos para ciclooxigenase 2 (ex. nimesulida, aceclofenaco, meloxicam) e outros que são altamente seletivos para ciclooxigenase 2 como celecoxib e etoricoxib, estes irritam menos a mucosa gástrica e portanto, podem ser prescritos para pacientes com enfermidade gástrica.

ANEXO B

Quando se trata de lesões aos tecidos periodontais devemos considerar a possibilidade de infecção principalmente quando se trata da avulsão seguida do reimplante do dente avulsionado. Além disso, como podemos ter processo inflamatório relacionado a aquelas lesões, medicamentos com atividade analgésica como dipirona ou paracetamol, associações de analgésicos ou ainda antiinflamatórios não esteroidais podem ter indicação terapêutica (veja as indicações presentes no Anexo A). Abaixo você vai encontrar vários opções de antibióticos.

Penicilinas

Constituem-se como a primeira opção diante de infecções odontogênicas. No entanto, você deve ficar atento, pois existem outras opções que podem ser a solução quando o usuário relata ser alérgico a penicilina.

Quadro 5 – Especialidades farmacêuticas – Penicilinas V

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA – PENICILINAS V	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
	Comprimidos de 500.000 UI*. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6 horas.
	Comprimidos de 1.200.000 UI*. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.

* Observação: 1.600 UI correspondem a 1mg.

Quadro 6 – Especialidades farmacêuticas – Penicilinas de amplo espectro

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – PENICILINAS DE AMPLO ESPECTRO	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Ampicilina	Cápsulas de 250mg e 500mg; comprimidos de 250mg, 500mg e 1000mg. Adultos: 1 a 2 g/dia, dividida em 4 administrações.
	Injetável, 500mg e 1 grama. Adultos: 1 a 2 g/dia, dividida em 4 administrações.
Amoxicilina*	Cápsulas de 500mg; comprimidos de 875mg e 1000mg. Adultos: 1 cápsula ou 1 comprimido de 8 em 8 horas.
Metampenicilina	Cápsulas de 500mg. Adultos: 1 cápsula de 8 em 8 horas.
	Injetável, 500mg. Adultos: 1 ampola via intramuscular a cada 8 horas.
Amoxicilina com ácido clavulânico*	Comprimidos de 500mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato de potássio; comprimidos de 875mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato de potássio. Adultos: administrar 1 comprimido de 8 em 8 horas.
	Injetável, frasco-ampola de 500mg de amoxicilina + 100mg de clavulanato de potássio; injetável, frasco-ampola de 1000mg de amoxicilina + 200mg de clavulanato de potássio. Adultos: administrar 1 frasco-ampola de 8 em 8 horas.

* Somente amoxicilina e amoxicilina e ácido clavulânico constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Cefalosporinas

As cefalosporinas são mais uma opção diante de infecções odontogênicas, entretanto, não devem ser prescritas para indivíduos que relatam ser alérgicos a penicilina.

Quadro 7 – Especialidades farmacêuticas – Cefalosporinas

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – CEFALOSPORINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Cefalexina*	Drágeas de 500mg; cápsulas de 500mg; comprimidos de 500mg. Adultos: administrar 1 drágea, 1 cápsula ou 1 comprimido a cada 8 horas.
Cefazolina	Injetável, frasco-ampola de 250mg, 500mg e 1000mg. Adultos: administrar 250mg ou 500mg por via intramuscular de 8 em 8 horas.
Cefotaxima*	Injetável, 500mg a 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular, de 1g a 2g ao dia, dividida em 2 administrações.
Cefalotina	Injetável, frasco-ampola com 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular, de 1g a 2g em dose única.
Ceftazidima	Injetável, ampolas de 1000mg e 2000mg. Adultos: administrar 1g, por via intramuscular ou intravenosa, de 8 em 8 horas.

* Somente cefalexina e cefotaxima constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Macrolídeos

Dentre os macrolídeos, vamos destacar uma medicação que é derivada da eritromicina e que, certamente, você conhece: chama-se azitromicina.

Quadro 8 – Especialidades farmacêuticas – Macrolídeos

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – MACROLÍDEOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Azitromicina*	Comprimidos de 500mg e 1g; cápsulas de 250mg. Adultos: administrar 250mg, 500mg ou 1000mg ao dia.
Eritromicina	Drágeas de 250mg e 500mg Adultos: administrar por via oral 1 drágea a cada 6 horas.

* Azitromicina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Lincosaminas

Dentre as lincosaminas, vamos destacar a clindamicina. Observe:

Quadro 9 – Especialidades farmacêuticas – Lincosaminas

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – LINCOSAMINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Clindamicina*	Cápsulas de 150mg e 300mg. Adultos: administrar 1 cápsula por via oral a cada 6 horas.
	Injetável, 300mg (2mL) ou 600mg (4mL) Adultos: administrar 1 ampola por via intramuscular ou intravenosa a cada 6 ou 8 horas.

* Clindamicina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Metronidazol

O metronidazol tem grande indicação nas periodontopatias, entretanto, pode ser usado em outras infecções odontogênicas, inclusive associado com amoxicilina.

Quadro 10 – Especialidades farmacêuticas – Metronidazol

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – METRONIDAZOL	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Metronidazol*	Comprimidos de 250mg e 400mg. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Injetável, 500mg (100mL). Adultos: administrar 1 ampola por via endovenosa a cada 8 horas.

* Metronidazol consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde

Observações:

1. Todos os antibióticos citados devem ser prescritos por um período de aproximadamente 7 dias, exceção feita à azitromicina que deve ser administrada em dose única diária por três a cinco dias.
2. Nos usuários alérgicos a penicilina você pode administrar azitromicina, clindamicina ou, ainda, metronidazol.
3. Nas infecções severas em usuários alérgicos a penicilina a melhor indicação é a clindamicina; já nas infecções leves a moderadas podemos usar clindamicina ou azitromicina.
4. Quando você administrar anti-inflamatório para tratar a dor, lembre-se que ele será usado por um período de tempo menor que o antibiótico. Normalmente, o controle da infecção reduz a dor.
5. Outro aspecto importante que necessita ser lembrado é que o uso de antibióticos está indicado apenas nos casos de avulsão e replante do dente avulsionado. As indicações dadas acima são para o uso contínuo e por um período determinado, entretanto, quando houver possibilidade podemos fazer a profilaxia da infecção pós operatória como iremos apresentar no quadro **Profilaxia Antibiótica**.

Profilaxia Antibiótica

Quadro 11 - Profilaxia da infecção pós operatória

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS USADAS NA PROFILAXIA DA INFECÇÃO PÓS OPERATÓRIA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Amoxicilina	Cápsulas de 500mg; comprimidos de 1000mg. Adultos: administrar 2g por via oral 1h antes do procedimento.
Clindamicina	Cápsulas de 300mg. Adultos: administrar 2 cápsulas (600mg) por via oral 1h antes do procedimento.
	Injetável: 600mg (4mL). Adultos: administrar 1 ampola por via intramuscular ou intravenosa 30min antes do procedimento.
Azitromicina	Comprimidos 1000mg. Adultos: administrar, por via oral 2g em dose única 1 hora antes do procedimento.
Cefalotina	Injetável, frasco-ampola com 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular 2g em dose única 30min antes do procedimento.
Ceftazidima	Injetável, ampolas de 2000mg. Adultos: administrar 2g, por via intramuscular ou intravenosa em dose única 30min antes do procedimento.

Obs: Não esqueça que em pacientes alérgicos a penicilina você tem como opção Azitromicina ou Clindamicina. Como na avulsão o dente deve ser reposicionado no menor tempo possível, talvez não tenhamos tempo suficiente para fazer profilaxia antibiótica, assim, os antibióticos acabam sendo prescritos após a realização do replante dentário.

6. Outro ponto que precisa ser discutido é quanto a prevenção do tétano, uma vez que a avulsão normalmente é acidental, e o dente pode ser reposicionado com contaminação.

Quando você leu sobre avulsão dental, viu que existe a possibilidade do replante imediato que pode ser feito por alguém que socorre o acidentado ou por profissional habilitado (cirurgião dentista). No caso da avulsão dental devemos considerar a possibilidade de ocorrência do tétano, assim vamos inicialmente fazer alguns comentários importantes para que você possa se familiarizar com o tema e realizar o procedimento com segurança.

A imunidade permanente é conferida pela vacina com 3 doses e reforço a cada 5 ou 10 anos. Normalmente as crianças tomam a vacina (tríplice) ou apenas contra difteria e tétano. Se tudo for feito de modo correto é possível que a criança com dente avulsionado esteja imunizada contra o tétano. É possível ainda combater o tétano pela administração do soro antitetânico (SAT) e a imunidade dura 14 dias, em média 1 semana, ainda é possível obter imunidade pelo uso da imunoglobulina humana antitetânica que dura de duas a quatro semanas, em média 14 dias.

Recomenda-se o esquema vacinal completo contra o tétano a todas as pessoas ainda não vacinadas ou aquelas com esquema incompleto, independente da idade e sexo. Como o bacilo encontra-se no meio ambiente, a exposição acidental ao mesmo através de um ferimento é universal. Você está vendo que é possível que o indivíduo com dente avulsionado já esteja imunizado como já tinha comentado. O esquema de vacinas no nosso caso se torna complicado, pois não temos tempo para fazer todas as doses necessárias. Assim temos que lançar mão de medidas mais rápidas para combater o bacilo caso ele se instale na ferida. Na sequência veremos a prevenção pelo uso de vacinas que poderá ser iniciado como indicado.

Vacina: dT (difteria e tétano)

Protege contra: difteria (80%) e tétano (99%)

Início da vacina: 7 anos de idade ou para pessoas de outra faixa etária que não tenham recebido o esquema básico completo e os dois reforços.

Dose: 3 doses de 0,5mL

Via: intramuscular

Obs. De um intervalo de 60 dias entre as doses ou pelo menos 30 dias entre elas.

Reforços: 1 dose a cada 10 anos, exceto em caso de ferimento grave; antecipar o reforço se a última dose foi há mais de 5 anos.

Recomendações para Soroterapia

- O soro antitetânico (SAT) é indicado para a prevenção e tratamento do tétano. A indicação depende do tipo e das condições do ferimento, bem como das informações relativas ao uso do próprio SAT e do número de doses da vacina contra o tétano recebido anteriormente.
- A dose e o volume do SAT dependem do motivo que justificou sua vacinação. A dose profilática é de 5000 UI (para crianças e adultos) e a dose terapêutica é de 20.000 UI. A administração é intramuscular. Este soro pode ser usado em conjunto com a vacina dT.
- A imunoglobulina humana hiperimune antitetânica é indicada para o tratamento de casos de tétano, em substituição ao SAT. Temos frasco ampola de 1mL e 2 mL contendo 250 UI. A administração é intramuscular.

Diante do que foi exposto podemos concluir que a terapia antitetânica só terá indicação nos casos de avulsão dental com replante do dente e desde que o indivíduo não esteja imunizado por vacina tomada anteriormente. Assim, de modo geral quando houver a necessidade vamos indicar o uso do soro antitetânico.

Não só a dentição permanente pode ser alvo de traumatismo dental mas também a dentição mista e decídua podem ser afetadas. Assim, é importante que se tenha conhecimento de como medicar uma criança. Qual a dose deste ou daquele medicamento; eu corro risco por prescrever. São angústias que o cirurgião dentista tem quando se depara com uma criança. Normalmente quando a criança tem peso igual ou inferior a 30 Kg recomenda-se que se faça o cálculo da dose baseada no peso corporal. Quando o peso é superior a 30 Kg recomenda-se a dose preconizada para o adulto. A dose calculada para uma criança não pode ser maior do que a dose preconizada para o adulto. As mesmas classes de medicamentos usados no trauma dental em adultos podem ser usadas quando temos uma dentição mista ou decídua, portanto em uma criança. Veja os detalhes nos quadros abaixo.

Quadro 12 - Especialidade farmacêutica com base em derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DO PARAMINOFENOL OU DO ACETAMINOFENO	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
<p>Solução oral gotas a 100mg/mL; 160mg/mL ou 200mg/mL. Administrar por via oral 1 gota/Kg de 6 em 6 horas (máximo de 35 gotas).</p>	
<p>Em gotas, 500mg, 650mg ou 750mg. Administrar 55 gotas a cada 6 horas.</p>	

Quadro 13 - Especialidade farmacêutica com base em derivados da pirazolona

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DA PIRAZOLONA	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
<p>Solução oral gotas 500 mg/mL ou com 50 mg/mL. Administrar por via oral 10 mg/Kg por via oral a cada 6 ou 8 horas.</p>	

Obs: 1 gota = 25 mg; 20 gotas = 1 mL (após calcular a dose em função do peso faça uma regra de três para calcular quantas gotas ou mL você deve administrar).
- As associações de analgésicos opioides com não opioides não tem indicação para uso em crianças.

Quadro 14 – Especialidades farmacêuticas com ação analgésica e anti-inflamatória

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM AÇÃO ANALGÉSICA E ANTI-INFLAMATÓRIA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Diclofenaco potássico	Suspensão oral gotas de 15mg/mL. Administrar por via oral 1 gota/Kg de peso a cada 8 horas para crianças acima de 4 anos.
Naproxeno sódico	Suspensão oral 25mg/mL. Administrar por via oral 10mg/Kg de peso de 8 em 8 horas para crianças acima de 2 anos.
Ibuprofeno*	Suspensão oral de 100mg/5 mL . Administrar por via oral de 30 a 40mg/Kg/dia dividida em 4 administrações (8 em 8 horas).
Benzidamina	Solução oral 30mg/mL. Administrar por via oral 1 gota/Kg a cada 6 horas.
Nimesulide	Gotas de 50mg/mL; Suspensão oral 50mg/mL; Granulados 100 mg. Administrar por via oral 5mg/Kg/dia sendo a dose dividida em duas administrações (12 em 12 horas).
Cetoprofeno	Solução oral gotas a 20mg/mL. Administrar por via oral 1mg/Kg a cada 6 ou 8 horas para crianças com idade entre 1 e 6 anos.

* Somente ibuprofeno consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Obs. Quando for indicado que o valor calculado é para a dose do dia não esqueça de dividi-lo pelos intervalos de administração.

Quadro 15 – Especialidades farmacêuticas – Penicilinas V

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA – PENICILINAS V	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
Suspensão oral 400.000UI/5mL. Administrar por via oral 15.000UI/Kg de peso de 6 em 6 horas.	

* Observação: 1.600 UI correspondem a 1mg.

Quadro 16 – Especialidades farmacêuticas – Penicilinas de amplo espectro

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – PENICILINAS DE AMPLO ESPECTRO	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Ampicilina	Suspensão oral de 250mg/5mL. Administrar por via oral de 50 a 100mg/Kg/dia, sendo a dose dividida em 4 administrações.
Amoxicilina	Suspensão oral de 125, 200, 250, 400 e 500mg/5mL. Administrar por via oral de 50 a 100mg/Kg/dia sendo a dose dividida em 3 administrações (8 em 8 horas).

* Somente amoxicilina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – CEFALOSPORINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Cefalexina*	Suspensão oral 250mg/5mL Administrar por via oral 25 a 50mg/Kg/dia sendo a dose dividida em 4 administrações (6 em 6 horas)
Cefazolina	Injetável, frasco-ampola de 250mg, 500mg e 1000mg. Administrar 25 a 50mg/Kg/dia por via intramuscular sendo a dose dividida em 3 administrações (8 em 8 horas).
Cefotaxima*	Injetável, 500mg a 1000mg. Administrar 50 a 180mg/Kg/dia por via intramuscular sendo a dose dividida em 4 administrações (6 em 6 horas).
Ceftazidima	Injetável, ampolas de 1000mg e 2000mg. Administrar 20 a 100mg/Kg/dia por via intramuscular ou intravenosa, sendo a dose dividida em 2 administrações (12 em 12 horas).

* Somente cefalexina e cefotaxima constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Quadro 18 – Especialidades farmacêuticas – Macrolídeos

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – MACROLÍDEOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Azitromicina*	Suspensão oral de 200mg/5 mL. Administrar por via oral 10 mg/Kg ao dia.
Eritromicina	Solução oral de 125mg/5mL e 250mg/5mL. Administrar por via oral 30 a 50mg/Kg/dia, sendo a dose dividida em 4 administrações (6 em 6 horas).

*Azitromicina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Quadro 19 – Especialidades farmacêuticas – Lincosaminas

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – LINCOSAMINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Clindamicina*	Injetável, 300mg/2mL ou 600mg/4mL. Administrar 1 ampola por via intramuscular ou intravenosa 25 a 40mg/Kg/dia sendo a dose dividida em 3 administrações.

*Clindamicina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

Profilaxia Antibiótica

Quadro 20 – Profilaxia da infecção pós operatória

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – LINCOSAMINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Amoxicilina	Suspensão oral 250mg/5mL. Administrar 50 mg/Kg por via oral 1 h antes do procedimento.
Clindamicina	Injetável: 600mg (4mL). Administrar 20 mg/Kg por via endovenosa 30 min antes do procedimento.
Azitromicina	Suspensão oral de 200mg/5mL Administrar, por via oral 15 mg/Kg 1 hora antes do procedimento.
Cefalexina	Suspensão oral 250mg/5mL. Administrar, por via oral 50 mg/Kg 1 hora antes do procedimento.

Esperamos que todos tenham um ótimo aprendizado!

Rubens Rodrigues Filho

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983), mestrado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Atualmente é adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: terapêutica medicamentosa, dor e inflamação, farmacologia dos antidepressivos, implantodontia e odontogeriatria.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0724212974113584>