

NOTA TÉCNICA: CUIDADO EM SAÚDE BUCAL A USUÁRIOS EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA



Elaboração

Ana Paula Vasques Sales Braúna

Ana Pitchon

Camila Mundim Palhares

Letícia Dias Aguiar Soeiro

Natália Aparecida de Assunção Araújo

Diretoria de Assistência à Saúde

Coordenação de Saúde Bucal

Coordenação Municipal de Atenção Primária à População em Situação de Rua

Colaboração

Fernando de Siqueira Ribeiro

Fernando Sartori Rocha Campos

Julia Abreu Mata Machado

Luiz Cesar Fonseca Alves

Thatiany Phaola Moraes e Silva

Valéria Vianna Gualberto

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social

Secretaria Municipal de Saúde

Esta Nota Técnica têm por objetivo subsidiar os cirurgiões dentistas do SUS/BH para o atendimento a usuários, de maneira segura e qualificada, baseada nas mais recentes evidências científicas, e nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.

INTRODUÇÃO

A constatação de que o uso abusivo de álcool e outras drogas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país, encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento deste problema constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo⁴.

A dependência das drogas é um transtorno onde predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Esta situação pode ser identificada em pessoas de grande poder aquisitivo ou entre a população em situação de rua. Muitos destes usuários de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário⁴.

A ausência de cuidados ou fragilidade no vínculo dos serviços de saúde com usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais, que não faz contemplar as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA USUÁRIOS EM USO PREJUDICIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Nas práticas de saúde, o nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo⁴. Para isso, precisamos enfrentar as dificuldades técnicas, os preconceitos, as barreiras assistenciais, o desconforto e a insegurança em lidar com a complexidade dos casos que nos são apresentados.

O paciente usuário de drogas costuma apresentar baixa adesão ao tratamento odontológico, o que é agravado quando também está em situação de rua, pois, estes pacientes acessam pouco o serviço de saúde, na maioria das vezes pela demanda espontânea, tornando necessária uma abordagem mais resolutiva pelo profissional/equipe. Para isso, é necessário o fortalecimento de uma rede de atenção centrada na atenção primária associada à rede de serviços de saúde mental (CERSAM, CERSAM AD, Centros de Convivência, Consultório na Rua, etc) e social, com o objetivo de reabilitação e reinserção social dos seus usuários.

A SAÚDE BUCAL PARA USUÁRIOS EM USO PREJUDICIAL DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

É bastante frequente a saúde bucal ser a porta de entrada para a vinculação do usuário ao serviço. A oportunidade de construção de vínculo pode estar na procura pela urgência odontológica, em um momento de dor e desespero tal, que faz com que a pessoa enfrente seus medos e busque ajuda do serviço. Outro momento oportuno pode ser na busca pela recuperação da auto estima, proporcionada pela prótese dentária. **Se nestes momentos, os profissionais não acolherem a demanda, por qualquer que seja a negativa, uma preciosa oportunidade de vinculação será perdida.**

Muitas dificuldades poderão ser vivenciadas pela Equipe de Saúde Bucal (eSB): atender o usuário sobre efeito de álcool e outras drogas; más condições de higiene; dificuldade em comparecer à consulta no dia e horário agendado, entre outras. Para que sejam efetivos os cuidados a esta população, a eSB precisa construir estratégias para que a Equipe de Saúde da Família (eSF), Equipe de Saúde Mental e Equipe de Consultório na Rua referenciem usuários para acompanhamento pela eSB, respeitando a vontade e o

momento do usuário, e apoiando o cuidado à sua saúde⁵. Para atingirmos maior impacto na saúde bucal destes usuários é importante garantir o acolhimento e maximizar a hora-clínica, a fim de resolver o maior número de demandas odontológicas na mesma sessão clínica.

Casos de maior complexidade demandarão a construção de estratégias singulares de cuidado, em interface com a Rede SUS/BH.

ASSISTÊNCIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Na anamnese, o dentista deve identificar o estado de saúde do usuário, complementando os dados com a aferição dos sinais vitais. Para avaliar o risco de complicações frente aos procedimentos odontológicos, o dentista deve usar a classificação ASA. Se o caso for de **alta complexidade**, recomenda-se a troca de informações com o médico assistente².

CLASSIFICAÇÃO ASA

Tabela 1 - Texto adaptado².

ASA I	Paciente saudável, com pouca ou nenhuma ansiedade. Não se aplica a crianças de baixa idade e idosos.
ASA II	Paciente com doença sistêmica moderada e estável, com ansiedade ou medo. Necessita de algumas precauções, apresenta risco mínimo de complicações durante o tratamento odontológico.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa, que causa limitações nas atividades. Indicada a troca de informações com o médico assistente.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa e está sob risco de morte (avaliação médica). Postergar procedimentos eletivos até estabilidade do quadro. Exodontia ou pulpectomia deve ser realizado em ambiente hospitalar.
ASA V	Paciente em estado terminal.
ASA VI	Paciente com morte cerebral.

No caso das urgências odontológicas, o atendimento não pode ser adiado e deve ser realizado com os cuidados descritos nesta Nota Técnica.

Caso o atendimento emergencial extrapole a competência da Atenção Primária, dentro dos critérios estabelecidos, o usuário deve ser encaminhado de forma responsável ao serviço de urgência de retaguarda.

ANESTESIA LOCAL EM ODONTOLOGIA

Na Odontologia da Rede SUS/BH são padronizadas a lidocaína, a prilocaína e a mepivacaína. As bases usadas nas soluções anestésicas são todas vasodilatadoras em maior ou menor monta (volume).

A lidocaína é considerada o anestésico padrão por possuir as melhores propriedades anestésicas, segurança, curto tempo de início de ação, bom tempo de efeito para a grande maioria dos procedimentos odontológicos, baixa toxicidade, sendo o anestésico com qual todos os outros são comparados. A lidocaína tem uso amplo, é a droga de primeira escolha, inclusive para gestantes, seu uso é restrito apenas em usuários com graves complicações médicas, identificados como ASA III e IV, casos que devem ser discutidos com o médico assistente.

A prilocaína está indicada para anestesias curtas e está contra-indicada para gestantes e usuários com hemoglobinas (ex: anemia falciforme).

A mepivacaína é uma base anestésica de duração intermediária e apresenta potência e toxicidade duas vezes maior que a lidocaína.

Alguns profissionais médicos, por desconhecerem as especificidades dos anestésicos locais em Odontologia contra indicam o uso de vasoconstritores. As catecolaminas (adrenalina, noradrenalina) usadas em emergências médicas são em concentrações 100 a 200 vezes maiores do que as empregadas rotineiramente em Odontologia. Portanto, o CD ao consultar o médico em casos mais complexos, deve informar o procedimento odontológico que está programado, o anestésico selecionado, sua composição/concentração, a fim de obter informações específicas sobre os cuidados devidos².

Segundo Malamed, os vasoconstritores quando associados aos anestésicos locais são seguros para uso em Odontologia. Todavia, é importante que sejam tomados os cuidados padronizados para o uso, tais como: a administração e a dose máxima de cada solução anestésica.

Soluções anestésicas com vasoconstritores são seguras para uso em Odontologia.
É importante realizar os cuidados preconizados para o uso e a dosagem adequada.

Normalmente, há uma transferência constante da droga de seu local de aplicação até alcançar o sistema circulatório e uma remoção constante da droga do sangue pela redistribuição e pela biotransformação em outras partes do corpo (p. ex. fígado). Para que uma reação de superdosagem ocorra, a droga deve primeiro ter acesso ao sistema circulatório em quantidades maciças para que possa produzir efeitos adversos⁸.

O uso correto dos vasoconstritores nos anestésicos locais em Odontologia propiciam vários benefícios: redução do fluxo sanguíneo na área em torno das fibras nervosas e com isso retardo da absorção da droga, aumento da duração do efeito anestésico, diminuição da toxicidade das bases anestésicas e produção de hemostasia local. Por outro lado, um anestésico sem vasoconstritor produz anestesia de menor duração, menor controle profundo da dor e favorece maior risco de toxicidade pela base anestésica¹.

Benefícios do vasoconstritor em soluções anestésicas locais/Odontologia

- Retardam absorção do anestésico.
- Diminuem a toxicidade das bases anestésicas.
- Produzem hemostasia local.
- Aumentam o tempo de anestesia e reduz a quantidade de anestésico necessária.

A **adrenalina é o principal e mais indicado vasoconstritor**, usado como padrão para anestesia dental. Não existe contraindicação para uso da adrenalina em pacientes com alterações sistêmicas, há apenas a necessidade de adequação da dose.

Por outro lado, a utilização de anestésico sem vasoconstritor produz um tempo de anestesia muito curto, gerando dor e estresse ao paciente, levando a grande descarga de catecolaminas endógenas; aumenta o risco de reação de toxicidade à base anestésica, devido à sua reabsorção rápida para a corrente sanguínea, o que se manifestaria antes mesmo de se atingir uma dose necessária de vasoconstritor para desencadear uma reação adversa⁸.

O USO DE DROGAS E A SAÚDE BUCAL

A cocaína é um estimulante e um anestésico local com potentes propriedades vasoconstritoras. No uso crônico da cocaína por aspiração, os possíveis achados físicos são rinite, erupção em torno da área nasal, perfuração do septo nasal, hipertensão e taquicardia. A intoxicação por cocaína causa sensação de bem-estar, intensificação de consciência corporal, anorexia, agitação pós uso, estados psicóticos, taquicardia, arritmias cardíacas, elevação da pressão arterial e dilatação da pupila⁷.

No uso do crack os achados mais comuns são a rouquidão, lábio, língua e garganta ressecados, sobrancelhas ou cílios marcados. O hábito de fumar crack produz queimaduras e feridas nos lábios, rosto e interior da boca⁷. A presença destes sinais é importante alerta para que os profissionais desenvolvam abordagem diferenciada e cuidadosa a esses usuários, que são de grande vulnerabilidade social.

Usuários de cocaína e drogas similares apresentam maior ocorrência de doenças sistêmicas, como complicações cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e gastrointestinais. Nestes usuários é importante os profissionais identificarem também possíveis alterações bucais como redução no fluxo salivar, ulceração e necrose na mucosa, recessão e doença periodontal, queilite angular e candidíase oral. A baixa qualidade do autocuidado, aliado ao pouco acesso e adesão aos serviços odontológicos, podem contribuir para o aumento da ocorrência de cárie dentária, doença periodontal e lesões de mucosa³.

No uso da maconha, algumas características são observadas: fala mole e arrastada, lentidão para

caminhar, tontura e olhos vermelhos⁶. Clinicamente, a alteração odontológica mais freqüente é a doença periodontal e a inflamação das gengivas.

Obs.: Não há amparo legal ou na literatura científica em condicionar o atendimento do usuário a abstinência da droga, ou exigência de realização de exames diagnósticos ou testes rápidos.

CONDUTA PARA ATENDIMENTO

Para usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas, a dose **máxima segura de anestésico local com adrenalina é de 2 tubetes, respeitando as recomendações de administração:** evitar a injeção da solução anestésica intravascular; evitar a injeção intrapulpar e intraligamentar.

A felipressina, outro vasoconstritor usado, é menos potente e eficaz, além de não produzir boa hemostasia, quando comparado com o padrão e é contra indicado em gestantes e pacientes com hemoglobinopatias (ex.: anemia falciforme)¹.

SOLUÇÕES ANESTÉSICAS LOCAIS EM ODONTOLOGIA - REDE SUS/BH

Solução anestésica local	Duração da anestesia em minutos	
	Pulpar	Tecidos Moles
Lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000 1ª escolha	60	180 a 300
Prilocaina a 3% com felipressina 0,03 UI 2ª escolha	40 a 50	160 a 240
Mepivacaína 3% sem vasoconstritor 3ª escolha	20 a 40	120 a 180

*Tabela adaptada 2,8.

A dor e o medo durante o tratamento desencadeiam resposta de estresse. Em condições de repouso, a supra renal produz 7 microgramas de adrenalina por minuto. Em uma situação de estresse, a supra renal libera na corrente sanguínea 280 microgramas por minuto. Já um tubete de anestésico local (adrenalina a 1: 50.000 em 1,8 ml) há liberação ínfima de menos de 1 micrograma de adrenalina por minuto. Portanto, o uso de solução anestésica com vasoconstritor, associada à técnica anestésica correta, na dosagem mínima é uma indicação segura¹.

Segundo a American Dental Association e a American Heart Association, “os agentes vasoconstritores devem ser usados nas soluções anestésicas locais durante a prática odontológica, pois a duração da analgesia será aumentada e a possibilidade de dor, com consequente stress, será reduzida. Quando um vasoconstritor é indicado, um extremo cuidado deve ser tomado para evitar uma injeção intravascular. Deve ser usada a mínima quantidade possível de vasoconstritores⁸.

Os quadros de toxicidade e reações adversas com o uso de anestésico local em Odontologia podem ser evitados seguindo as recomendações de administração sugeridos a seguir^{1,2,6,7,8}:

1. Perguntar durante a anamnese: “Você faz uso de cocaína ou outra droga ilícita?”, pois na maioria dos casos os usuários não relatam ou não assumem esta condição. Alguns sinais físicos característicos podem auxiliar na identificação deste grupo de pacientes, como: euforia, agitação, tremores, dilatação das pupilas e alteração no ritmo cardíaco, assim como lesões de pele na região ventral do antebraço ou da mucosa nasal.
2. Identificar as condições sistêmicas (Tabela 1 - Classificação ASA).
3. Identificar e reduzir ansiedade e medo antes da injeção do anestésico local.
4. Fazer uso de solução anestésica com vasoconstritores com a técnica preconizada, respeitando as dosagens máximas.
5. Usar agulha descartável, afiada, rígida, de comprimento adequado com a técnica anestésica empregada.
6. Administrar a menor concentração e volume de solução anestésica local compatível com a anestesia bem sucedida. Atenção à dose máxima.

7. Evitar a injeção da solução anestésica intravascular: antes de injetar fazer aspiração. Evitar a injeção intrapulpar e intraligamentar.
8. Injetar lentamente a solução (mínimo: 60 segundos para cada tubete). Observar o usuário durante e após a injeção quanto a sinais de reação indesejável.

*Texto adaptado: Protocolo para Anestesia Local - Departamento de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da UFMG/2016. Prof. Dr. Luiz Cesar Fonseca Alves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, L. C. F. **As soluções anestésicas locais para Odontologia**. Disponível em:<<https://www.odonto.ufmg.br/teleodontologia/o-projeto-teleodontologia/>>. Acesso em: 14/12/2016.
2. ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas. 2014. 238 p.
3. ANTONIAZZI, R. P. *et al.* Efeito do crack nas condições bucais: revisão de literatura. **Braz J Periodontol**, 2013, vol. 23, n. 1, p. 1. Disponível em:<http://www.revistasobrepe.com.br/arquivos/2013/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2013_PUBL_SITE_PAG-13_A_18.pdf>. Acesso em: 14/10/2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003, 60 p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 14/12/2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal – Caderno de Atenção Básica nº 17**. Brasília, 2008, 92 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 14/12/2016.
6. CASTRO CC; BORGES FB; SADDI GL; MORAIS LA; GARCIA FM; SETÚBAL PCO; ALCÂNTARA RTA. **Manual Prático para Atendimento Odontológico de pacientes com necessidades especiais**. Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia. Goiânia, 2009.
7. LITTLE, J. W. *et al.* **Manejo Odontológico do Paciente Clinicamente Comprometido**. 7^a ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. 2008. 605 p.
8. MALAMED, S. F. **Manual de Anestesia Local**. 6^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013. 433p.