

Avaliação da prática de prescrição de antibióticos pelos cirurgiões-dentistas da Rede Pública de um município de médio porte

Ana Carolina Torres Lucchette¹, Carla Fabiana Tenani¹, Rosana de Fátima Possobon¹, Marília Jesus Batista^{1,2}

¹Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, Brasil.

²Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, São Paulo, Brasil.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi conhecer a conduta para as prescrições de antimicrobianos pelos cirurgiões-dentistas (CDs) da rede pública, de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo.

Métodos: todos CDs da rede pública do município de Piracicaba, São Paulo, foram convidados a participar (n = 79). A coleta de dados foi realizada em 2015, por meio de uma entrevista, questionário estruturado, como entrevista, nas unidades de saúde. O questionário continha questões sobre as características dos CDs, condições clínicas e sistêmicas que levariam ou não a prescrição de antibiótico, droga de escolha e forma de prescrição. Foi realizada a análise descritiva, utilizando o programa SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Microsoft Windows.

Resultados: no total, 74 CDs aceitaram participar da pesquisa, e 68,9% (n = 51) relataram prescrever antimicrobianos para abscesso localizado, alveolite seca, pulpite aguda. Situações sistêmicas que necessitam de profilaxia antibiótica eram desconhecidas pelos CDs, sendo que 56,8% (n = 42) não sabiam a conduta correta com a prescrição em casos de pacientes que fazem uso de bisfosfonatos e 35,0% (n = 26) após a quimioterapia. A droga de escolha de 97,3% dos CDs foi a amoxicilina.

Conclusão: os resultados obtidos pelos relatos das condutas terapêuticas permitiram concluir que houve um excesso de prescrição de antibióticos, inclusive para situações clínicas que não havia necessidade, sendo o mais receitado a amoxicilina. Deve-se pensar no desenvolvimento de estratégias públicas de educação permanente, voltadas para os profissionais de odontologia, para o controle da resistência bacteriana.

Descritores: Saúde pública. Antibacterianos. Odontólogos.

Submetido: 15/03/2019

Aceito: 27/05/2019

INTRODUÇÃO

Atualmente a saúde pública enfrenta um sério problema: o surgimento de cepas bacterianas multirresistentes aos antibióticos, as chamadas “superbactérias”. Estas bactérias resistentes podem ser fruto da sobreprescrição de antibióticos¹. O uso

abusivo e indiscriminado deste fármaco contribui sobremaneira para selecionar e aumentar cada vez mais a população de bactérias resistentes, e para refrear este processo, a Organização Mundial de Saúde tem realizado uma conscientização dos profissionais da saúde para que prescrevam adequadamente os antimicrobianos².

Autor para correspondência:

Marília Jesus Batista.

Avenida Limeira, 901, Piracicaba, São Paulo, Brasil. CEP: 13.414.018.

Telefone: +55 19 2106 5209; Fax: +55 19 2106 5218.

E-mail: mariliajbatista@yahoo.com.br

Na clínica odontológica, os antibióticos são empregados para prevenir ou tratar infecções bacterianas¹, entretanto, é alarmante a constatação que em alguns países, até 84,0% dos CDs prescrevem um agente antimicrobiano, quando não havia indicação clínica³. Com isso, nota-se a importância de investigar como tem sido a prescrição de antibióticos por profissionais da saúde.

Na odontologia, o uso de agentes antimicrobianos é recomendado no tratamento dos quadros em que o sistema de defesa do paciente não está conseguindo controlar o processo infeccioso. É também indicado na profilaxia antibiótica, que consiste na administração de antibióticos a pacientes que não apresentam evidências de infecção, com o intuito de prevenir a colonização de bactérias e suas complicações no período pós-operatório, prevenir infecções à distância. Somente é indicado para pacientes que apresentam determinadas patologias ou condições de risco, quando há expectativa de bacteremia transitória decorrente de intervenções odontológicas invasivas¹.

O uso desses medicamentos no âmbito da atenção básica é controlado sob a resolução RDC nº 20/2011, a qual estabelece critérios para a prescrição; dose total do medicamento administrando no paciente; intervalo entre as administrações; tempo de tratamento; e receita como um documento de caráter sanitário, normalizado e obrigatório⁴.

Em Piracicaba, a Secretaria Municipal de Saúde oferece serviços de atendimento odontológico com possibilidade de prescrição antibiótica ao usuário, por meio de Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), Serviço de Urgência Bucal (SUB) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Os usuários são atendidos e realizam a retirada gratuita do medicamento na sua Farmácia Municipal de referência, de acordo com as unidades de saúde as quais pertencem, e com o receituário contendo identificação ou carimbo do estabelecimento de saúde, nome do usuário, nome genérico ou comercial do medicamento, concentração, posologia e duração do tratamento, carimbo e assinatura do prescriptor e, data da prescrição.

Em um estudo retrospectivo realizado no Reino Unido, entre 2004 e 2013, observou-se que mais da metade de todos os pacientes que visitaram um clínico geral, com queixa de dor de dente, não receberam intervenção clínica local, ao invés disso foram prescritos antibióticos⁵. Estudos como estes levantam a preocupação com a contribuição da elevada prescrição de

antibióticos pelos profissionais da saúde para a resistência bacteriana.

Existe um aumento de pesquisas a respeito da prescrição de antibióticos por cirurgiões-dentistas. Recentemente uma pesquisa canadense, realizada entre 1996 a 2013, analisou que o aumento na taxa de prescrição por dentistas foi de 62,2%, sendo que esse aumento voltou-se para usuários odontológicos com 60 anos ou mais⁶.

Em muitos países, cerca de 20,0% de antimicrobianos são utilizados em hospitais e em outros estabelecimentos de saúde, 80-90% utilizados e em ambientes ambulatoriais (unidades de saúde, clínicas, farmácias e consultórios privados). A maioria dos antibióticos utilizados em seres humanos é administrada em cuidados primários⁷. Porém, a assistência prestada na atenção básica pode ocasionar e propiciar a utilização irracional desses medicamentos, elevando custos e contribuindo para o aumento da resistência bacteriana⁸.

O dentista utiliza amplamente antibióticos na sua prática clínica, por isso é relevante conhecer como vem ocorrendo a influência desses profissionais quanto à prescrição desse fármaco frente à resistência bacteriana. Diante do exposto, esse estudo teve como objetivo conhecer como são realizadas as prescrições de antimicrobianos pelos cirurgiões-dentistas da rede pública, de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODOS

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo transversal foi realizado com todos os cirurgiões-dentistas da Rede Pública de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo, que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Previamente ao seu desenvolvimento, o projeto deste estudo foi aprovado sob o CAAE 42872815.8.0000.5418, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP sob o protocolo nº 026/2015.

DELINEAMENTO E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Atualmente, Piracicaba conta com uma população estimada de 394.419 habitantes⁹, distribuída em cinco regiões de saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro. Contudo, a população

coberta por equipes do programa de saúde bucal é de apenas 44.850 pessoas¹⁰.

De acordo com a prefeitura municipal, o serviço odontológico no município está inserido na Atenção Básica (UBS - Unidade Básica de Saúde, USF - Unidade de Saúde da Família, CRAB - Centro de referência em Atenção Básica e SUB – Serviço de Urgência Bucal), na Atenção Secundária (CEO - Centro de Especialidades Odontológicas), sendo 23 USFs, 14 UBSs, 6 CRABs, 2 CEOs e 1 SUB, que contam com equipe de saúde bucal, totalizando 79 cirurgiões-dentistas na rede pública.

AMOSTRA

A pesquisa foi realizada sob censo num total de 45 Unidades, sendo 43 de Atenção Básica (UBS, USF e CRAB) e nas 2 Unidades de Atenção secundária (CEO) que apresentam equipe de saúde bucal. Foram convidados a

participarem todos os dentistas ativos no serviço ou afastados, totalizando 79 profissionais.

COLETA DE DADOS

Utilizou-se um questionário anônimo contendo 12 perguntas fechadas, elaborado com base em Palmer et al.¹¹ e nos objetivos da pesquisa, que permitiram obter dados socioeconômicos e demográficos dos participantes, como: idade, sexo, faculdade em que graduou, ano de término da graduação, tipo de serviço que trabalha e nível de escolaridade, para identificação do sujeito da pesquisa. O questionário tem 6 questões, sendo 2 questões abertas, 2 fechadas e 2 mistas e foi elaborado para obter dados da prescrição de antibióticos para fatores clínicos e não clínicos, sinais, condições clínicas, tratamentos dentários, além de antibiótico de escolha, dose, posologia e duração das prescrições (Quadro 1). O

Quadro 1 - Variáveis estudadas para a prescrição de antibióticos pelos cirurgiões-dentistas

Categorias de prescrição	Situações clínicas e sistêmicas possíveis
Sinais clínicos que levariam a prescrição de antibióticos	Presença de abscesso localizado (inchaço flutuante), abscesso difuso (inchaço não delimitado), borda mandibular não-palpável, fechamento do olho por causa do inchaço, evidência de disseminação sistêmica, drenagem via canal.
Prescrição de antibióticos para fatores não clínicos	Demanda de antibiótico feita pelo paciente, diagnóstico incerto, necessidade de adiar o tratamento.
Prescrição de antibióticos para determinadas situações clínicas	Pulpite aguda, antes de exodontias simples, depois de exodontias simples, abscesso periodontal agudo, infecção crônica apical, gengivite necrosante, antes de exodontias de dentes inclusos, depois de exodontias de dentes inclusos, pericoronarite, antes do tratamento endodôntico, depois do tratamento endodôntico, colocação de implantes dentários, remoção de terceiro molar devido à pericoronarite, osteomielite, alveolite seca.
Prescrição de antibióticos profiláticos para pacientes de risco	Imunossupressão, doença autoimune, hemodiálise, tomada de anticoagulantes, após a quimioterapia, após radioterapia, diabetes mellitus, risco endocardite, terapia com bisfosfonatos.

questionário foi testado anteriormente à pesquisa em 15 cirurgiões-dentistas frequentadores da FOP-UNICAMP, para dessa forma treinar o pesquisador e o instrumento e foi aplicado pessoalmente, por apenas um pesquisador, na forma de entrevista e com duração de cerca de 8 minutos, havendo espaço para dúvidas, sempre mantendo a mesma linha de respostas.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em Excel e posteriormente foram analisados pelo programa

SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Microsoft Windows. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, obtendo-se média, desvio padrão, frequências e porcentagens das variáveis estudadas.

RESULTADOS

Do total de 79 dentistas convidados, 74 concordaram em participar da pesquisa, havendo uma perda de apenas 6,3% que recusaram responder o questionário.

A média de idade dos cirurgiões-dentistas participantes foi de 42,9 anos (DP = 10,6), sendo mais da metade do sexo feminino (59,5%), com mais de 20 anos de formado (56,8%), graduado em faculdade pública (66,2%) e que trabalhava apenas no serviço público (58,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de cirurgiões-dentistas da rede pública de um município de médio porte do interior de São Paulo (n = 74). Piracicaba, São Paulo, 2015

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	44	59,5
	Masculino	30	40,5
Término graduação	0 a 5 anos de formado	10	13,5
	5 a 10 anos de formado	9	12,2
	10 a 20 anos de formado	13	17,6
	Mais de 20 anos de formado	42	56,8
Tipo de faculdade	Pública	49	66,2
	Privada	25	33,8
Tipo de serviço que trabalha	Público	43	58,1
	Público + privado	31	41,9
Escolaridade	Graduação	27	36,5
	Especialização	28	37,8
	Mestrado	14	18,9
	Doutorado	5	6,8
TOTAL		74	100

Com relação aos sinais clínicos que levariam a prescrição de antibióticos (Tabela 2), a maioria dos CDs prescreveria antimicrobianos nos casos de abscesso, tanto localizado, quanto difuso, borda mandibular não palpável, fechamento de olho devido ao edema e evidência de disseminação sistêmica. No caso de drenagem via canal, 60,8% dos entrevistados não prescreveriam antibiótico nesta situação.

Tabela 2 - Sinais clínicos que indicariam a prescrição de antibiótico por cirurgiões-dentistas da rede pública de um município de médio porte do interior de São Paulo (n = 74). Piracicaba, São Paulo, 2015

Sinais Clínicos	Sim	Não	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)
Abscesso localizado	51 (68,9)	20 (27,0)	3 (4,1)
Abscesso difuso	66 (89,2)	7 (9,5)	1 (1,4)
Borda mandibular não palpável	36 (48,6)	25 (33,8)	13 (17,6)
Fechamento olho devido ao inchaço	60 (81,1)	10 (13,5)	4 (5,4)
Evidência de disseminação sistêmica	65 (87,8)	3 (4,1)	6 (8,1)
Drenagem via canal	29 (39,2)	45 (60,8)	0 (0,0)

Quanto à conduta para a prescrição de antibióticos em casos de fatores não-clínicos, 100,0% dos CDs não indicariam antimicrobianos quando este é demandado pelo paciente e 85,1% não indicariam quando o diagnóstico for incerto ou quando houver necessidade de adiar o tratamento.

Com relação às situações clínicas que indicariam a prescrição de antibióticos as mais citadas foram: abscesso periodontal agudo, gengivite necrosante, pós-operatório de exodontias de dentes inclusos, pericoronarite, remoção de terceiro molar devido à pericoronarite e osteomielite (Tabela 3).

Tabela 3 - Situações clínicas que levariam ou não a prescrição de antibióticos, segundo cirurgiões-dentistas da rede pública de um município de médio porte do interior de São Paulo (n = 74). Piracicaba, São Paulo, 2015

Situações Clínicas	Sim	Não	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)
Depois do tratamento endodôntico	0 (0,0)	69 (93,2)	5 (6,8)
Antes de exodontias simples	1 (1,4)	73 (98,6)	0 (0,0)
Depois de exodontias simples	3 (4,1)	71 (95,9)	0 (0,0)
Antes do tratamento endodôntico	3 (4,1)	66 (89,2)	5 (6,8)
Pulpite aguda	13 (17,6)	61 (82,4)	0 (0,0)
Infecção crônica apical	13 (17,6)	60 (81,1)	1 (1,4)
Colocação de implantes dentários	23 (31,1)	13 (17,6)	38 (51,4)
Antes de exodontia de dentes inclusos	29 (39,2)	28 (37,8)	17 (23,0)
Alveolite seca	36 (48,6)	37 (50,0)	1 (1,4)
Depois de exodontias de dentes inclusos	38 (51,4)	21 (28,4)	15 (20,3)
Osteomielite	45 (60,8)	8 (10,8)	21 (28,4)
Gengivite Necrosante	50 (67,6)	17 (23,0)	6 (8,1)
Remoção de terceiro molar devido à pericoronarite	51 (68,9)	8 (10,8)	15 (20,3)
Pericoronarite	55 (74,3)	17 (23,0)	2 (2,7)
Abscesso periodontal agudo	62 (83,8)	6 (8,1)	6 (8,1)

O antibiótico mais indicado pelos cirurgiões-dentistas para as situações clínicas estudadas, no caso de pacientes não alérgicos a penicilina, foi a amoxicilina (95,9%), seguido de amoxicilina associada ao metronidazol. Outros antimicrobianos foram citados com menos frequência, como: metronidazol, cefalexina, clindamicina, eritromicina, clavulin (amoxicilina + ácido clavulânico), azitromicina, benzetacil e tetraciclina.

No caso de pacientes alérgicos às penicilinas, os antibióticos mais citados foram

clindamicina e eritromicina, seguidos de cefalexina e azitromicina. Os antimicrobianos prescritos com menor frequência, no caso de pacientes alérgicos à penicilina, foram: eritromicina + metronidazol, clindamicina + metronidazol, metronidazol, e ciprofloxacina.

A maioria dos entrevistados (25,7%) declarou desconhecer como prescrever antibióticos profiláticos para o atendimento de pacientes com determinadas condições sistêmicas (Tabela 4).

Tabela 4 - Condições sistêmicas para indicação de antibiótico profilático segundo cirurgiões-dentistas da rede pública de um município de médio porte do interior de São Paulo (n = 74). Piracicaba, São Paulo, 2015

Condições sistêmicas	Sim	Não	Não sei
	n (%)	n (%)	n (%)
Diabetes mellitus controlada	2 (2,7)	70 (94,6)	2 (2,7)
Tomada de anticoagulantes	7 (9,5)	58 (78,4)	9 (12,2)
Terapia com bisfosfonato à profilaxia da osteoporose	8 (10,8)	25 (33,8)	41 (55,4)
Doença auto-imune	10 (13,5)	46 (62,2)	18 (24,3)
Terapia com bisfosfonato para quimioterapia	12 (16,2)	20 (27,0)	42 (56,8)
Hemodiálise	16 (21,6)	37 (50,0)	21 (28,4)
Após quimioterapia	18 (24,3)	30 (40,5)	26 (35,1)
Após radioterapia	18 (24,3)	31 (41,9)	25 (33,8)
Imunossupressão	45 (60,8)	14 (18,9)	15 (20,3)
Diabetes mellitus não controlada	48 (64,9)	17 (23,0)	9 (12,2)
Risco de endocardite bacteriana	73 (98,6)	0 (0,0)	1 (1,4)

Ao serem questionados sobre qual seria o seu antibiótico de escolha, e respectivas por meio de administração, dosagem, intervalo entre as doses e duração, 97,3% dos CDs citaram a amoxicilina, sendo citados por apenas dois dentistas amoxicilina + metronidazol e azitromicina. Todos os entrevistados administraram a droga via oral, numa dosagem de 500mg. Quanto ao intervalo de administração da medicação foi citado de 8 horas para 87,8% dos CDs, sendo encontrados também intervalos de 12 horas (2,7%) e de 6 horas (9,5%). A duração do tratamento indicada por 79,7% dos CDs foi de sete dias, sendo também cinco dias (16,2%) e 10 dias (4,1%).

DISCUSSÃO

Nos resultados observados no presente estudo notamos antibióticos sendo prescritos para abscesso localizado, pulpite aguda, alveolite seca, entre outras situações, casos em que a literatura não aponta uma real necessidade, a não ser que haja comprometimento sistêmico¹². Os profissionais avaliados neste estudo relataram que o uso do antibiótico em casos clínicos sem comprometimento sistêmico é uma opção devido a questões organizativas da demanda de agenda da atenção à saúde prestada. Ou seja, em um atendimento de urgência o paciente apresenta sinais de infecção e necessita de intervenção e tratamento, que nem sempre serão possíveis em tempo hábil do controle da infecção. Além do fator apontado, a procura pelo serviço odontológico está muito relacionada à dor, o que leva a desistência do tratamento quando a mesma desaparece¹³.

De acordo com a prefeitura a saúde bucal do município atua em quatro eixos principais na Atenção Básica, na Urgência em Saúde Bucal e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) com atendimentos de segunda a sexta das 7 às 17 horas, em sua maioria, com exceção do serviço de urgência que funciona nos finais de semana. A organização do serviço e o horário limitado restringe o acesso ao serviço. De acordo com o estudo de Sanchez e Ciconelli¹⁴, a dimensão do acesso a saúde envolve vários fatores, que podem dificultar o retorno do paciente às consultas, como horário e tipo de funcionamento do serviço odontológico oferecido, número de unidades que contam com equipes de saúde bucal e número de vagas nas agendas de atendimento.

As equipes de saúde bucal da Atenção Básica são responsáveis pelo

primeiro atendimento ao paciente, e pelo encaminhamento dos casos mais complexos aos centros especializados¹⁵, em ambos os casos, o CD pode fazer uso de receitas antibióticas, caso necessário. Especificamente para promoção do acesso e uso racional de medicamentos, segundo a Coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura, o município conta com uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) composta multidisciplinarmente por profissionais, incluindo dentistas, a qual estabelece normas de prescrição e dispensação de medicamentos; elaboração dos protocolos e diretrizes terapêuticas para nortear as práticas locais; fornecimento de informação sobre medicamentos e outras tecnologias às equipes de saúde; e promoção de ações de educação continuada aos profissionais de saúde da prefeitura¹⁵.

Corroborando com dados do presente estudo, Boing et al.¹⁶ relataram que o excesso de medicação é justificado pela falta de acompanhamento dos usuários, no qual os profissionais relataram algumas dificuldades do sistema, como a marcação de retornos, desaparecimento do usuário, com endereços insuficientes para a busca pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além das questões organizativas, ainda há a falta de empoderamento e responsabilização dos pacientes no próprio cuidado, como por exemplo, deixar de ir às consultas de retorno. Embora as dificuldades do acesso ao serviço para tratamento odontológico sejam uma questão a ser solucionada, é relevante que as indicações de prescrição de antibióticos no presente estudo estejam adequadas às recomendações da literatura científica¹⁶.

A Organização Mundial da Saúde sugere atuação em três esferas, o usuário, os trabalhadores da saúde e os gestores públicos, colocando a responsabilidade da resistência bacteriana em todos os atores envolvidos. Aos usuários pela falta de adesão ao tratamento recomendado, absenteísmo, omissão de informações sobre o estado de saúde; aos profissionais pela falta de atualização, conscientização sobre o uso da odontologia e medicina baseada em evidências; e aos gestores públicos pela organização da demanda, ampliação da oferta de saúde bucal, organização de educação permanente aos profissionais da saúde e regulação das prescrições junto a Vigilância. O objetivo estratégico é aumentar o nível de consciência de todos os envolvidos, do grau de vigilância e dos esforços para o controle e prevenção de infecções².

Como medida para combater a utilização exagerada, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mudou as regras para a prescrição e venda de preparações farmacêuticas que contenham antimicrobianos na sua formulação. Atualmente, a prescrição, obrigatoriamente, deve ser em duas vias, sendo que uma das vias fica retida na farmácia e, a outra, com o paciente. O objetivo é diminuir a comercialização indiscriminada e desestimular a automedicação¹⁷.

A prescrição adequada é de suma importância para a prevenção da resistência bacteriana. No entanto, assim como no presente estudo, observa-se uma divergência entre a real necessidade da antibioticoterapia e a utilização, pois esta é recomendada por via sistêmica quando observamos sinais locais de disseminação do processo infeccioso ou sinais de sintomas de ordem sistêmica¹⁸.

A amostra estudada foi composta na maioria por mulheres, com mais de 20 anos de formadas, as quais prescreviam antibióticos com mais frequência na sua rotina clínica. Outro estudo¹⁹ observou que odontólogos com maior tempo de formados, tendem a prescrever mais medicamentos do que os recém-formados. Esse fato pode estar relacionado com mudanças nas preconizações de prescrição de medicamentos com o avanço da ciência, e também com o desenvolvimento de novos medicamentos, por isso a relevância de constante atualização dos profissionais e compromisso com a prática baseada em evidências científicas²⁰.

Quando o abscesso apresenta limites precisos, sem sinais locais de disseminação do processo infeccioso (celulite, linfadenite, limitação da abertura bucal), pode-se dizer que as defesas do hospedeiro estão conseguindo controlar a infecção. Nesses casos, o uso de antibióticos como complemento da descontaminação local, desde que não haja comprometimento sistêmico, sempre é desnecessário, pois não proporciona benefícios ao paciente¹, e mesmo assim 68,9% dentistas do presente estudo recomendariam o uso de antibiótico nestes casos.

As situações clínicas deste estudo que necessitam da prescrição de antibióticos são: pericoronarite e osteomielite. A pericoronarite é uma infecção associada a terceiros molares inferiores impactados, na qual primeiramente trata-se a infecção e posteriormente realiza-se a exodontia²¹. Sendo esta mais severa, é necessário antibioticoterapia, além do tratamento local, debridamento e irrigação²². Já as osteomielites recebem antibioticoterapia

por via parenteral ou oral, além da remoção cirúrgica do tecido necrótico e drenagem do conteúdo séptico, pois se trata de um processo inflamatório do osso e da medula óssea²³.

A maioria dos profissionais entrevistados no presente estudo aplicaria o medicamento para estes casos, no entanto, é preocupante a parcela que afirmou desconhecer o uso de medicamento para os casos de osteomielite. Este fato foi justificado pela raridade de casos encontrados e pela possibilidade de encaminhamento para uma atenção especializada. Contudo, é de suma importância que o cirurgião-dentista consiga identificar os casos e propor o melhor tratamento ou encaminhamento, e para isso, é indispensável que tenha conhecimento sobre o assunto.

A literatura mostra a contraindicação de antibiótico em situações clínicas de pulpite aguda, infecção crônica apical, abscesso apical agudo¹², gengivite necrosante, antes e depois de exodontias simples, antes e depois do tratamento endodôntico e alveolite seca²⁴. No presente estudo a maioria dos entrevistados tem a conduta de prescrição de acordo com a literatura, o que demonstra qualidade no cuidado em saúde oferecido no município. No entanto, alguns profissionais indicaram o uso deste medicamento para estas condições, sendo que 17,6% afirmaram prescrever antibiótico no caso de pulpite aguda, 67,6% gengivite necrosante, e apenas 1,04% dos CDs prescreveria antes da exodontia e 4,10%, após a exodontia. A indicação para estes casos é o tratamento clínico local e mecânico, através da retirada da fonte de inflamação ou infecção por medidas operativas. Antibióticos sistêmicos são atualmente apenas recomendados para situações em que há evidência local, de infecção se disseminando ou em casos de pacientes com maior risco de infecção¹.

Para os casos de exodontia de dentes inclusos, a literatura nos mostra que há evidências de que os antibióticos profiláticos reduzem o risco de infecção, alveolite e dor após a extração de terceiro molar retido. Contudo, ainda faltam estudos para se generalizar²⁵⁻²⁷. Entretanto, dentre os CDs entrevistados no presente estudo, 39,2% prescreveram antibióticos antes de exodontia de dentes inclusos e 51,4% após a exodontia.

Notamos que a grande maioria dos profissionais entrevistados indicou corretamente a profilaxia antibiótica para pacientes de risco para endocardite bacteriana e com diabetes mellitus não controlada. A profilaxia antibiótica

ainda representa um procedimento comum, mas muitas vezes mal utilizado na prática odontológica, agravando assim o risco para a ocorrência de resistência bacteriana e efeitos adversos. Seu uso está indicado como coadjuvante da intervenção clínica em pacientes com comprometimento dos mecanismos de defesa imunológica, tais como, diabetes mellitus descompensada, leucemia, agranulocitose, leucopenia, síndrome da imunodeficiência adquiridos, recém-transplantados, pacientes em tratamento com quimioterápico e risco de endocardite infecciosa¹².

Os bisfosfonatos são medicamentos amplamente administrados a pacientes portadores de metástases tumorais em tecido ósseo e a pacientes com osteoporose. A maioria dos dentistas entrevistados (56,8%) não sabia sobre a utilização deste medicamento. A associação entre o uso dos bisfosfonatos e uma forma peculiar de osteonecrose dos maxilares tem sido relatada, principalmente, em pacientes submetidos a exodontias. Portanto, no caso de pacientes que fazem uso de bisfosfonatos à profilaxia da osteoporose ou para quimioterapia, deve-se fazer a profilaxia antibiótica, como forma de prevenção da osteonecrose²⁶.

Foi encontrado um excesso de prescrição em outros estudos também, como o realizado em 2011, onde os autores²⁷ observaram que 89,0% dos CDs utilizavam profilaxia pré-operatória em procedimentos cirúrgicos, independentemente da situação sistêmica do paciente. Esta sobreprescrição é preocupante, considerando a influência que a atuação do cirurgião-dentista tem em relação ao aumento da resistência bacteriana.

Como controle do excesso de prescrição e conscientização dos profissionais, seria necessário investir em políticas de educação permanente, que é uma estratégia do governo, para melhorar a qualidade da atenção à saúde. A OMS coloca como alternativas para prevenir e controlar a propagação da resistência aos antibióticos, planos de ações nacionais, reforçar políticas, programas e implementação de medidas de prevenção e controle de infecção. Além de alerta que, sem uma ação urgente, estamos a caminhar para uma era pós-antibiótico, em que infecções comuns e ferimentos leves podem voltar a matar².

A amoxicilina foi o antibiótico mais indicado pelos CDs, tanto para tratamento de infecções, como para profilaxia antibiótica. De acordo com a literatura, as penicilinas são

primeira escolha para o tratamento das infecções bucais bacterianas e como forma de profilaxia antibiótica. A posologia e via de administração estava de acordo com a literatura. Sempre que as condições permitirem, as penicilinas devem ser empregadas por via oral e no intervalo de 8/8 horas²⁸.

Contudo, 79,7% dos entrevistados mantiveram a duração do tratamento por 7 dias, e a literatura nos mostra que o uso prolongado de antibióticos somente irá servir para selecionar essas bactérias resistentes. O protocolo é prescrever o antibiótico por 3 dias, e após esse período, o curso do quadro infeccioso agudo deve ser monitorado diariamente pelo profissional, podendo interromper a administração do antibiótico quando, por meio de evidências clínicas, ficar demonstrado que as defesas imunológicas do hospedeiro assumiram o controle da infecção, bastando para isso se basear no exame clínico²⁸.

Uma limitação do presente estudo é de possíveis falhas de respostas, devido ao instrumento ser estruturado e fechado, com ausência de alternativas, como no caso de particularidades no tratamento de determinadas situações clínicas. Futuros estudos devem incluir questões abertas, e assim, ampliar o conhecimento deste campo tão relevante para a saúde pública.

Assim como este estudo, outras pesquisas evidenciaram o uso inadequado de antibióticos, que comprovadamente levam a um comprometimento no tratamento do paciente e o risco de resistência bacteriana. Uma forma de controle dessa sobreprescrição é a necessidade de investimento na formação e na constante atualização dos profissionais da saúde, através da educação permanente para o uso adequado dos antimicrobianos^{19,29,30}.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos pelos relatos das condutas terapêuticas permitiram concluir que foi possível verificar uma lacuna no conhecimento dos CDs em relação à prescrição de antibióticos e uso racional dos mesmos, e sobre a qual ocorre em excesso, inclusive para situações clínicas que não demonstraram necessidade clínica avaliada pelo questionário. O antibiótico mais receitado foi a amoxicilina e para pacientes alérgicos à penicilina foi a clindamicina. Portanto deve-se pensar no desenvolvimento de estratégias públicas de educação permanente

para os profissionais de odontologia, a fim de conscientizá-los do seu importante papel na prevenção e controle da resistência bacteriana.

REFERÊNCIAS

1. Andrade ED, Groppo FC, Volpato MC, Rosolen PL, Ranali J. Farmacologia, anestesiologia e terapêutica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
2. Organização Mundial de Saúde. World Antibiotic Awareness Week, 2016. [acesso 2018 Dez 15]. Disponível em: <http://www.who.int/campaigns/world-antibiotic-awareness-week/en/>.
3. Al-Haroni M, Skaug N. Knowledge of prescribing antimicrobials among Yemeni general dentists. *Acta Odontol Scand*. 2006 Oct;64(5):274-80.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Cope AL, Chestnutt IG, Wood F, Francis NA. Dental consultations in UK general practice and antibiotic prescribing rates: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2016 May;66(646):e329-36.
6. Marra F, George D, Chong M, Sutherland S, Patrick DM. Antibiotic prescribing by dentists has increased: Why? *J Am Dent Assoc*. 2016 May;147(5):320-7.
7. Martínez-González NA, Coenen S, Plate A, Colliers A, Rosemann T, Senn O, et al. The impact of interventions to improve the quality of prescribing and use of antibiotics in primary care patients with respiratory tract infections: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2017 Jun 13;7(6):e016253.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats in the United States. Atlanta: CDC, 2013.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016.
10. Plataforma de Indicadores do Governo Federal | Saúde Bucal (PIGF) - Programa Brasil Sorridente (dados até junho de 2014).
11. Palmer NAO, Peeling R, Ireland RS, Martin MV. A study of prophylactic antibiotic prescribing in National Health Service general dental practice in England. *Br Dent J*. 2000 Jul 8;189(1):43-6.
12. Alfenas CF, Lins FF, Maneschy MT, Uzeda M. Antibióticos no tratamento de abscessos perirradiculares agudos; *Rev Bras Odontol*. 2014 dez;71(2):120-3.
13. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):144-51.
14. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
15. Prefeitura do Município de Piracicaba. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2017 [acesso 2018 Dez 16]. 311 p. Disponível em: <http://saude.piracicaba.sp.gov.br/institucional/ppa-plano-plurianual>.
16. Boing AC, Fernandes SC, Farias MR. Uso racional de medicamentos no âmbito da estratégia da saúde da família: qual o entendimento e prática dos profissionais de saúde? *Saúde Transf Soc*. 2012;3(3):84-8.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências. Lex: Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.
18. Neder AC. Farmacoterapia para o médico cirurgião-dentista. 10ª ed. São Paulo: Santos, 2004.
19. Souza GFM, Silva KFFB, Brito ARM. Prescrição medicamentosa em Odontologia: normas e condutas. *Cad. Saúde Coletiva*. 2011;19(2):208-14.
20. Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13Supl.: 589-01.
21. Moloney J, Stassen LF. Pericoronitis: treatment and a clinical dilemma. *J Ir Dent Assoc*. 2009 Aug-Sep;55(4):190-2.
22. Duarte HN, Sato FRL, Moraes M. Pericoronarite e infecções das vias aéreas superiores: revisão. *Rev Clín Pesqui Odontol*. 2007;3(2):125-32.
23. Júnior EGJ, Jardim ECG, Faverani LP, Landucci KC, Landucci LF. Osteomielite crônica dos maxilares: aspectos clínicos, terapêuticos e microbiológicos. *Salusvita*. 2008;27(1):125-39.
24. Oliveira ILM, Ferreira ACA, Mangueira DFB, Mangueira LFB, Farias IAP. Antimicrobianos de uso odontológico: informação para uma boa prática. *Odontol Clín.-Cient. Odontol. Clín.-Cient*. 2011; 10(3):217-20.

25. Lodi G, Figini L, Sardella A, Carrassi A, Del Fabbro M, Furness S. Antibiotics to prevent complications following tooth extractions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11:CD003811.
26. Rollason V, Laverrière A, MacDonald LC, Walsh T, Tramèr MR, Vogt-Ferrier NB. Interventions for treating bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Feb 26;2:CD008455.
27. Zanatta FB, Richter EA, Pedroso ARS, Rösing CK. Conduas clínicas na utilização de antibióticos em exodontias. *Porto Alegre. Rev Gaúch Odontol.* 2011;59(2):171-7.
28. Andrade ED. *Terapêutica medicamentosa em odontologia - 3ª ed.* São Paulo: Artes Médicas, 2014.
29. Garbin CAS, Garbin AJI, Rovida TAS, Moroso TT, Dossi AP. Knowledge on drugs prescription among students of dentistry: what do they know about the professional futures? *Rev Odontol UNESP.* 2007;36(4):323-29.
30. Nicolini P, Nascimento JW, Greco KV, Menezes FG. Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13Supl.: 689-96.

Evaluation of the practice of prescribing antibiotics by dentists of the Public Network of a mid-sized municipality

Aim: This study sought to comprehend the conduct of antimicrobial prescriptions by dental surgeons (DSs) of the public network of a mid-sized municipality in the countryside of the state of São Paulo.

Methods: All DSs of the public network of Piracicaba, São Paulo, were invited to participate (n = 79). Data collection was performed in 2015, through an interview, structured questionnaire, as an interview, in the health units. The questionnaire contained questions about the characteristics of DSs, clinical and systemic conditions that would or would not lead to antibiotic prescription, drug of choice, and prescription form. The descriptive analysis was performed using the SPSS ® software (Statistical Package for the Social Sciences) version 20.0 for Microsoft Windows.

Results: A total of 74 DSs chose to participate in the study, and 68.9% (n = 51) reported prescribing antimicrobials for localized abscesses, dry alveolitis, and acute pulpitis. Systemic conditions requiring antibiotic prophylaxis were unknown by the DSs, and 56.8% (n = 42) did not know the correct conduct to be taken with the prescription in cases of patients taking bisphosphonates and 35.0% (n = 26) after chemotherapy. The drug of choice for 97.3% of the DSs was amoxicillin.

Conclusion: The results from the reports of the therapeutic procedures led to the conclusion that there was an excess of antibiotic prescriptions, even for clinical situations that were not necessary, with amoxicillin being the most commonly prescribed. The development of public strategies of permanent education, aimed at dental professionals, to control bacterial resistance should be considered.

Uniterms: Public health. Anti-bacterial Agents. Dentists.