



A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE



A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

Brasília – DF / 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica



A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde



2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2018

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,

Edifício SEDE 7º Andar -

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Site: <http://dab.saude.gov.br/brasilsorridente>

Editor-Geral:

João Salame Neto

Coordenação Técnica-Geral:

Livia Maria Almeida Coelho de Souza – CGSB/MS

Elaboração de texto:

Ana Maria Bolognese

Anderson de Oliveira Paulo

Cassiano K. Rosing

Cassius C. Torres Pereira

Daniel Demétrio

Doralice Severo da Cruz Teixeira

Eduardo Dickie de Castilhos

Egídio Antônio Demarco

Felipe Weissheimer

Fernanda Franco

Fernando Ritter

Helenita Corrêa Ely

Izabel Cristina de Mendonça C. F. Falcão

Jacqueline Webster

Jéssica Cerioli Munaretto

José Antônio Poli de Figueiredo

Leógenes Maia Santiago

Marconi Maciel

Nilce dos Santos Melo

Patrícia Tiemi Cawahisa

Paulo Vinicius Nascimento Fontanive

Roberto Pedras

Sérgio Sábio

Tania Izabel Bighetti

Organização:

Alejandra Prieto de Oliveira

Doralice Severo da Cruz Teixeira

Fernando Ritter

Helenita Corrêa Ely

Patrícia Tiemi Cawahisa

Tania Izabel Bighetti

Revisão técnica:

Alejandra Prieto de Oliveira

Caroline Martins Jose dos Santos

Denise Lins de Sousa

Edson Hilan Gomes de Lucena

Fernanda Wandembruck Goedert

Flávia Santos de Oliveira

Laura Cristina Martins de Souza

Nágila Verônica Sousa de Freitas

Renato Taqueo Placeres Ishigame

Richard Morita de Oliveira

Sandra Cecília Aires Cartaxo

Sumaia Cristine Coser

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Diagramação, projeto gráfico e capa:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Editora MS/CGDI

Revisão:

Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

342 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf>

ISBN 978-85-334-2629-0

1. Saúde bucal. 2. Políticas públicas. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título.

CDU 616.31-083

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0067

Título para indexação:

Oral health in the Brazilian Health Care System

NOTAS DOS AUTORES

Atenção Básica (AB), terminologia utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) para indicar o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta como sinônimos as expressões Atenção Primária à Saúde e Cuidados Primários de Saúde, comumente encontradas na literatura internacional. Independentemente do termo utilizado, deve-se ressaltar que, no Brasil, são os mesmos os seus atributos – primeiro acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural – e as suas responsabilidades – prover um cuidado humanizado, abrangente, qualificado, resolutivo e centrado no indivíduo.*

*BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília, 2010.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	15
3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	19
4 GESTÃO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	29
4.1 Conceitos	30
4.1.1 Plano de Saúde.....	31
4.1.2 Programação Anual de Saúde	32
4.1.3 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	32
4.1.4 Relatório Anual de Gestão.	33
4.1.5 Planejamento e Orçamento do Governo	33
4.1.6 PlanejaSUS.....	36
4.2 Planejamento Local	36
4.2.1 Compreensão da realidade.....	37
4.2.2 Hierarquização dos problemas e adequação das diretrizes municipais.....	40
4.2.3 Elaboração e execução da programação.....	40
5 PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE BUCAL	43
5.1 Cárie Dentária	43
5.2 Doença Periodontal	46
5.3 Edentulismo	47
5.4 Maloclusão	47
5.5 Alterações dos Tecidos Moles e Câncer Bucal	50
5.6 Fluorose Dentária	51
5.7 Traumatismo Dentoalveolar	52
5.8 Outros Agravos	53
5.8.1 Erosão dental	53
5.8.2 Dor orofacial e disfunção temporomandibular	54
5.8.3 Malformações congênitas	55
6 PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	57
6.1 Unidades Básicas de Saúde	59
6.1.1 Organização do processo de trabalho	63
6.1.1.1 Planejamento e organização do processo de trabalho da equipe.....	64
6.1.1.2 A equipe de Saúde Bucal e as atribuições na Atenção Básica.....	65
6.1.1.3 Territorialização e população de referência	71

6.1.1.4 Acesso às ações e aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica.....	75
6.1.1.5 Acolhimento com identificação de necessidades	75
6.1.1.6 Tipos de atendimento e de consulta.....	77
6.1.1.7 Organização dos prontuários na Unidade Básica de Saúde	82
6.1.1.8 Organização da agenda	82
6.1.1.9 Grupo de Acesso de Saúde Bucal.....	84
6.1.1.10 Classificação de necessidades da saúde bucal	84
6.1.1.11 Reunião da equipe	87
6.1.1.12 Participação e controle social	87
6.1.1.13 Educação Permanente em Saúde no processo de qualificação das ações desenvolvidas.....	89
6.1.2 Ações da saúde bucal na UBS.....	90
6.1.2.1 Ações de promoção e proteção.....	91
6.1.2.2 Atenção em saúde bucal para condições especiais e etapas da vida	97
6.1.2.2.1 Atenção à gestante e ao pré-natal	97
6.1.2.2.2 Atenção à infância.....	100
6.1.2.2.3 Atenção à adolescência.....	102
6.1.2.2.4 Atenção ao adulto	104
6.1.2.2.5 Atenção à saúde da pessoa idosa.....	105
6.1.2.2.6 Atenção às doenças crônicas.....	106
6.1.2.2.7 Atenção aos pacientes com HIV/aids e hepatites virais	113
6.1.2.2.8 Atenção à pessoa com deficiência	117
6.1.2.2.9 Atenção ao câncer de boca.....	124
6.1.2.3 Ações de recuperação e reabilitação	127
6.1.2.3.1 Dentística restauradora	127
6.1.2.3.2 Cirurgia	131
6.1.2.3.3 Periodontia.....	132
6.1.2.3.4 Endodontia	133
6.1.2.3.5 Estomatologia	136
6.1.2.3.6 Prótese dentária	137
6.1.2.3.7 Ortodontia.....	141
6.1.2.4 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos para outros pontos da RAS	145
6.2 Centros de Especialidades Odontológicas.....	156
6.2.1 Organização do processo de trabalho	159
6.2.1.1 Planejamento	160
6.2.1.1.1 Avaliação de metas e resultados	161
6.2.1.1.2 Organização da agenda	164
6.2.1.2 Profissionais do CEO e as atribuições da equipe.....	169
6.2.1.3 Acolhimento.....	171
6.2.1.4 Organização dos prontuários no CEO	171

6.2.1.5	Caracterização da demanda e organização da agenda	171
6.2.1.6	Apoio matricial.....	171
6.2.1.7	Interconsulta.....	172
6.2.1.8	Reunião de equipe	173
6.2.1.9	Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário.....	173
6.2.1.10	Educação Permanente em Saúde no processo de qualificação das ações desenvolvidas no CEO	173
6.2.2	Ações da saúde bucal no CEO.....	174
6.2.2.1	Ações de promoção e proteção.....	174
6.2.2.2	Ações de recuperação e reabilitação	175
6.2.2.3	Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.....	192
6.2.2.4	Periodontia.....	200
6.2.2.5	Endodontia	212
6.2.2.6	Estomatologia	219
6.2.2.7	Pacientes com necessidades especiais.....	240
6.2.2.8	Prótese dentária	272
6.2.2.9	Ortodontia.....	292
6.2.2.10	Implantodontia.....	299
6.2.3	Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos para outros pontos da RAS.	305
6.3	Unidade de Pronto Atendimento	307
6.4	Hospital	309
6.4.1	Atribuições da equipe de Saúde Bucal no hospital	311
6.4.2	A inserção da Odontologia em ambiente hospitalar e a gestão	313
7	PONTOS DE APOIO NA RAS	321
7.1	Laboratório Regional de Prótese Dentária	321
7.2	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico	322
8	EMERGÊNCIAS MÉDICAS	325
	REFERÊNCIAS	327
	ANEXOS	337
	Anexo A – Posologia da Profilaxia Antibiótica – Cardiopatia	337
	Anexo B – Índice Dai (Dental Aesthetic Index ou Índice Dental Estético) – Protocolos de Referência (UBS/CEO) para Ortodontia	337
	Anexo C – Requisição de Exame Anátomo-Patológico	342

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente é a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde seu lançamento, em 2004, além da expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais.

Diante da evolução e dos avanços da Política Nacional de Saúde Bucal, fez-se necessária a criação do livro *A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS)* com a união do *Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal* (2006) e o *Manual de Especialidades em Saúde Bucal* (2008) seguido de suas atualizações. Este material foi produzido por profissionais do serviço público de saúde e pesquisadores de faculdades e universidades, com diferentes experiências de prática profissional clínica e de gestão, que se empenharam em contribuir para a educação continuada de profissionais de saúde, gestores e professores.

O presente documento visa colaborar com a nova forma de organização de serviços de saúde no SUS, que é a Rede de Atenção à Saúde (RAS), esperando contribuir com a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. O objetivo primordial da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutive, que atenda às reais necessidades da população. A Atenção Primária em Saúde (APS) tem papel fundamental e ordenador na RAS, tendo nesta publicação uma relevante importância, destacado no capítulo *Produção do Cuidado nos Pontos de Atenção à Saúde Bucal*.

Busca-se orientar o processo de organização do trabalho das equipes de Saúde Bucal trazendo um compilado de estudos e experiências que estão dando certo na APS como: planejamento e organização do processo de trabalho; acesso; acolhimento; organização da agenda (com sugestão de forma de agendamento); grupo de acesso à saúde bucal; classificação de necessidades de saúde bucal; entre outros assuntos. Têm também as ações de saúde bucal na unidade básica de saúde, possibilitando a resolutividade nesse ponto da Rede, trazendo a ortodontia preventiva e interceptativa como uma das novidades.

Compondo a sequência, sugerem-se protocolos de referência e contrarreferência da AB e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), seguidos dos temas: organização do processo de trabalho no CEO, planejamento (organização da agenda com parâmetros de programação de atendimentos clínicos e número de vagas/mês),

assim como instrumentalização da prática clínica e de gestão relativas às principais especialidades odontológicas. A publicação engloba um rol de especialidades mais amplo do que a relação de especialidades mínimas obrigatórias para os CEOs.

Destacamos a abordagem da especialidade Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), que até o momento não havia sido discutido em material do Ministério da Saúde.

Em relação à odontologia em ambiente hospitalar, o espaço e a organização já adquiridos (como tratamento odontológico hospitalar em PNE) devem ser tomados como base de construção e ampliação dos processos.

Dessa forma, procura-se contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, assim como para o aperfeiçoamento da dinâmica da rede de serviços do SUS. A publicação converge no sentido de construir, adequar e aprimorar os instrumentos necessários à efetivação da ampliação do espectro de atuação da Saúde Bucal no âmbito do SUS.

Esperamos que apreciem a leitura.



Embora os resultados sejam satisfatórios nacionalmente, chamam atenção: (a) diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são marcantes, o que indica necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção; (b) pequena redução da cárie na dentição decídua e 80% dos dentes afetados continuam não tratados; (c) o déficit em idosos é significativo, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos; e (d) prevalência de oclusopatia que requer tratamento em 15,3% dos adolescentes, o que sugere a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos (SCHERER; SCHERER, 2015).

apud NASCIMENTO et al, 2009; 2013). Os resultados estão associados ao perfil da prática odontológica, caracterizado pela realização de ações eminentemente clínicas, com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas a escolares, que se mostraram insuficientes para responder às necessidades da população (SCHERER; SCHERER, 2015).

Os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente.

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004b)

A Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar em saúde bucal está associada à consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. A Atenção Especializada Ambulatorial foi potencializada por meio da criação do CEO e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Por outro lado, a organização de serviços de atenção especializada hospitalar na área odontológica no SUS é incipiente. Os avanços recentes remontam à garantia da oferta de procedimentos em nível hospitalar e à obrigatoriedade da atenção ao câncer de boca nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). A análise das redes de atenção ao câncer de boca, que envolve iniciativas de prevenção, proteção e recuperação, será crucial nos próximos anos. Há necessidade ainda de assistência aos portares de fissuras labiopalatais (FIGUEIREDO et al, 2012).

Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente tem contribuído de inúmeras formas para a melhoria no acesso e na qualidade da atenção em saúde bucal dos brasileiros. É claro que estas condições ainda estão muito longe das ideais, já que décadas de descaso com a saúde bucal não podem ser superados em poucos anos. Porém, é fundamental a introdução de uma política voltada para a atenção deste componente tão importante para a saúde do indivíduo e as ações do Brasil Sorridente mostram que é possível oferecer assistência odontológica integral e de qualidade no SUS.

Embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção, é destacável o avanço em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços de saúde bucal no País.

2

Atualmente, o sistema
constituído por um conjun

po
pr
ex
nu
de

de
20
ex
en

as condições da saúde bucal e o estado dos dentes eram, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social, [e que] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exigia mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Eram necessárias políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo.

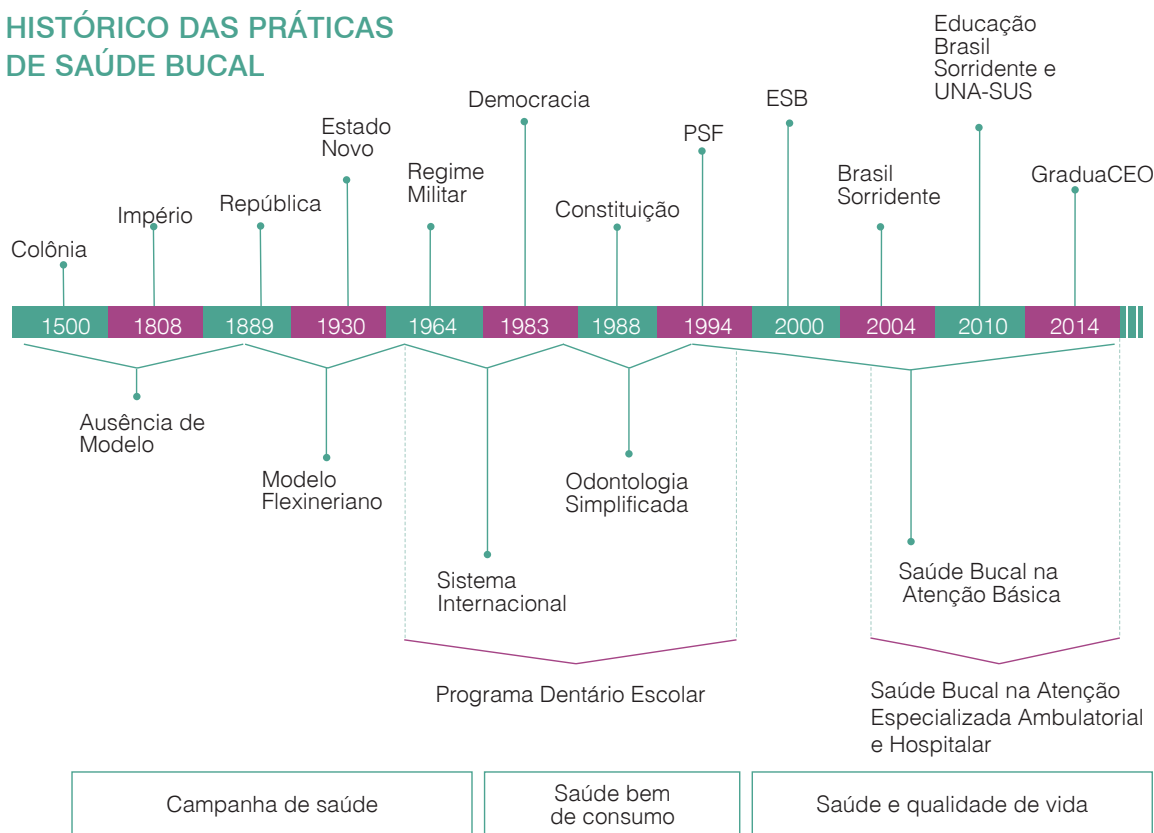
Com o objetivo de superar as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da Atenção Básica, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal.

O Brasil Sorridente foi instituído e articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Apresenta como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das equipes de Saúde Bucal – eSB – da Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada ambulatorial (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal (BRASIL, 2004b; PUCCA et al., 2009).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal buscam contemplar o estabelecido pela Constituição Federal do Brasil (capítulo II, seção II, artigo 196) (BRASIL, 1988): “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Política Nacional de Saúde Bucal vem sendo construída há muitas décadas por diversos setores da sociedade, como aqueles vinculados aos movimentos sociais da saúde e aos sindicatos progressistas, à militância estudantil, aos professores e pesquisadores que atuam no entrecruzamento da Odontologia com a saúde coletiva, bem como por equipes de saúde pública, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por movimentos de profissionais e por algumas gestões de entidades odontológicas (GÓES; MOYSÉS, 2012).

Desta forma, torna-se importante situar no tempo e no espaço o nosso histórico e a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, considerando que tais fatos influenciam e destacam a maneira de pensar e agir de diferentes categorias profissionais ao longo do tempo. Essas formas de organização em propostas ou modelos, ou mesmo a ausência destes, condicionam os modos de planejamento dos serviços, suas articulações, seu desenvolvimento e sua avaliação (VASCONCELOS; FRATUCCI, (2014) (Figura 1).

Figura 1 – Evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil**HISTÓRICO DAS PRÁTICAS
DE SAÚDE BUCAL**

Fonte: (VASCONCELOS; FRATUCCI, 2014, adaptado).

O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do SUS, com progressivas articulações transversais em ações dentro do Ministério da Saúde junto a outros ministérios. Essas ações buscam o enfrentamento das iniquidades e geram acesso para populações em situação de vulnerabilidade, como Rede Cegonha, Plano Brasil sem Miséria, Programa Saúde na Escola, Programa Viver sem Limite (para pessoas com deficiência), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e ações dirigidas para população indígena, população negra e quilombolas, assentamentos e população rural, população ribeirinha, população idosa, população encarcerada e população em situação de rua (MOYSÉS, 2013), mostrando a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde e demais políticas públicas. Dessa forma, existe a possibilidade também de a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde desenvolver trabalhos com outros setores da saúde.



Saiba Mais:

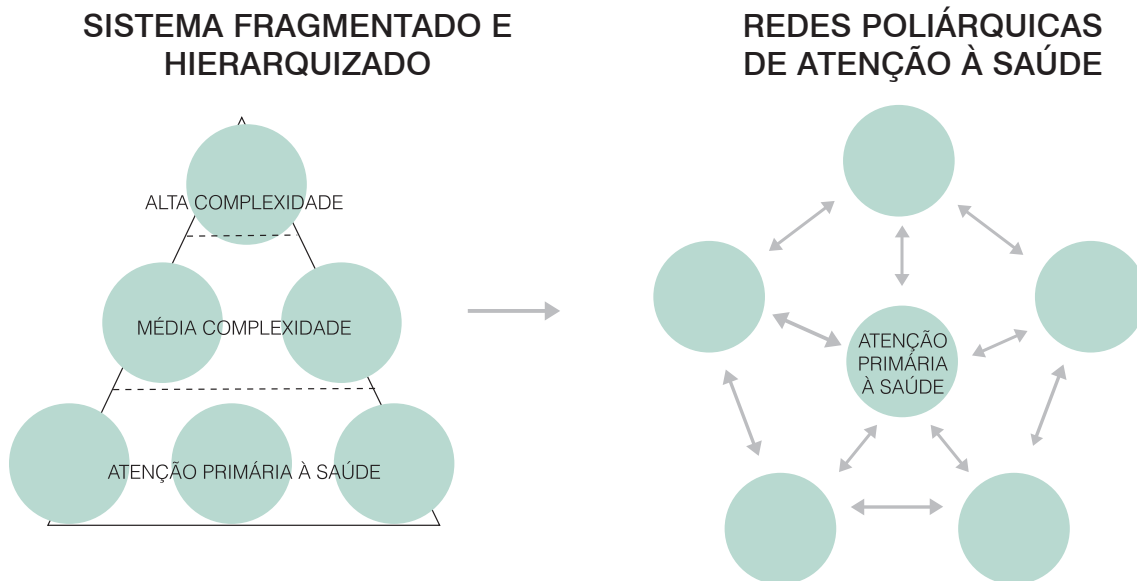
Acesse as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, disponíveis no *site* <<http://dab.saude.gov.br>>.

O Brasil Sorridente, além da expansão e da criação dos serviços odontológicos, reorientou completamente o modelo assistencial. Iniciou a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares, multiprofissionais e intersetoriais. Este parece ser um dos grandes desafios da Odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odontobiológicas. Impactos epidemiológicos são produtos de ações intersetoriais, em que a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um todo que agrega ações setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outras.



Cabe destacar que, embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos da rede, a Atenção Básica (AB) tem o papel fundamental de ordenador das BAS.

Figura 2 – Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde



Fonte: (MENDES, 2009).

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (Atenção Primária/Básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de três elementos básicos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A **população** sob responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2011).

Na concepção da RAS, cabe à Atenção Básica/ESF a responsabilidade de articular-se intimamente com a população. Desse modo, não é possível falar de uma função coordenadora das RAS ou de gestão de base populacional se não houver, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habilitam territórios de vida (MENDES, 2011).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população (e não somente da demanda que tende a favorecer populações mais abastadas em detrimento de populações vulneráveis), com uma gestão de base populacional, elemento essencial da RAS (MOYSÉS, 2013).

A **estrutura operacional** das RAS é constituída pelos pontos da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes:

1. Centro de comunicação, a Atenção Básica.
2. Pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
3. Sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde).
4. Sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde).
5. Sistema de governança.

Os três primeiros correspondem aos pontos da rede; e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (MENDES, 2011).



Saiba Mais:

Acesse as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, disponíveis no *site* <<http://dab.saude.gov.br>>.

A construção de redes temáticas de atenção à saúde é uma opção conveniente (exs.: redes de atenção às mulheres e às crianças; redes de atenção a pacientes com doença cardiovascular, doença renal crônica, diabetes; redes de atenção à saúde bucal da população; entre outras). As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento. Contudo, essa proposta de RAS temáticas não está relacionada à concepção dos programas verticais, os quais são dirigidos, supervisionados e executados exclusivamente por meio de recursos especializados, frequentemente com coordenação central (MENDES, 2011; MOYSÉS, 2013).

O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Básica (unidade básica de saúde tradicional ou equipe da Estratégia Saúde da Família, incluindo os profissionais da Saúde Bucal).

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários, que são os únicos elementos temáticos das redes. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção especializada hospitalar, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção especializada à saúde, compondo o nível ambulatorial (“média complexidade”) e o nível hospitalar (“alta complexidade”) (MENDES, 2011), (Figura 3).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, definem-se como pontos de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca.

Figura 3 – Matriz de pontos de atenção à saúde bucal

BRASIL SORRIDENTE		
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO
ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR À SAÚDE (ALTA COMPLEXIDADE)	HOSPITAIS – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL E TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA	MACRORREGIÃO
ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL À SAÚDE (MÉDIA COMPLEXIDADE)	CENTROS ESPECIALIZADOS ODONTOLÓGICOS	MICRORREGIÃO
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	UBS	ÁREA DE ABRANGÊNCIA / MICROÁREA

Fonte: (MENDES, 2011).

Um terceiro componente das RAS é os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011).

O quarto componente das Redes de Atenção à Saúde é os sistemas logísticos. Estas soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, garantem organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos

e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes (MENDES, 2011).

E o quinto componente das RAS é os sistemas de governança. A governança das RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatorios especializados, gerência das UBS, gerência do laboratório de patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc.), já que cuida de governar as relações entre a Atenção Primária/Básica e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Já o terceiro elemento constitutivo das RAS é o modelo de atenção à saúde, que consiste em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevalecente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011) (Quadro 1).

Quadro 1 – Elementos básicos da Rede de Atenção à Saúde e elementos necessários para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde Bucal

Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal	
População	Região de saúde/ território	Definição de regiões de saúde/territórios, com estabelecimento de serviços e ações a ofertar à população.
	População adstrita	Promoção de adstrição da clientela à UBS para que se possa interagir com a população do território, criar vínculo e conhecer as necessidades dessa população (definição de microáreas de atuação).
	Análise da situação local de saúde	Levantamento das condições de saúde bucal da população, determinação de indivíduos expostos a maiores riscos, realização de planejamento das ações e definição de grupos prioritários.
	Identificação de grupos de risco	Planejamento das ações mediante grupos prioritários, promovendo o princípio da equidade.

Continua

Continuação

Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal	
Estrutura operacional	Recursos humanos	Cirurgião-dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável. CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção Especializada Hospitalar, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção. Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.
	Atenção Básica	Atenção à saúde bucal disponível em todas as UBS, garantindo o acesso da população a este serviço. Ampliação e qualificação da AB em saúde bucal mediante a oferta de procedimentos reabilitadores.
	Pontos de Atenção Especializada Ambulatorial	Oferta de serviços odontológicos especializados na Atenção Especializada Ambulatorial nos CEO, de acordo com a necessidade da população, cumprindo os requisitos mínimos para a manutenção do centro. E, conforme o porte populacional e plano de regionalização, deverá atender às necessidades de suas regiões de saúde.
	Pontos de Atenção Especializada Hospitalar	Unidades hospitalares próprias ou de referência que ofereçam serviços de Odontologia em alta complexidade.

Continua

Conclusão

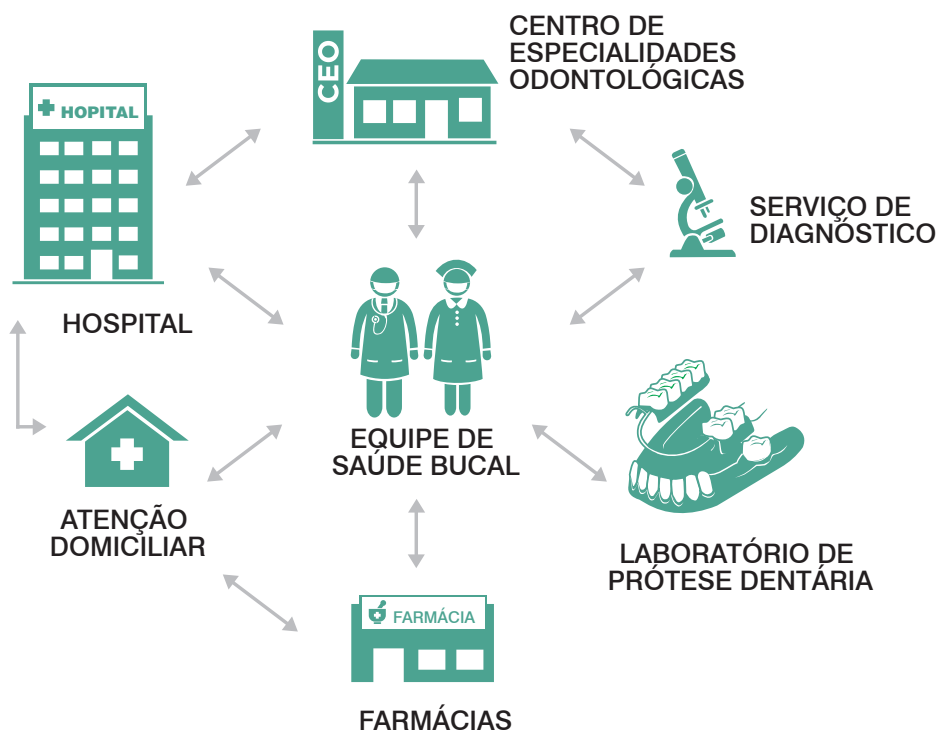
Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal	
Estrutura Operacional	Sistemas de apoio	Oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, articulados à rede. Existência de apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em saúde bucal.
	Sistemas logísticos	Integração de todos os níveis de atenção por meio de sistema de regulação que oriente os fluxos determinados por protocolos ou diretrizes de orientação aos serviços e às ações em saúde bucal. Formulários de referência e contrarreferência. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Disponibilização de transporte aos usuários, possibilitando acesso a todos os pontos de atenção.
	Sistemas de governança	Construção de consensos para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Existência de assuntos referentes à organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal em planos municipais de saúde e pautas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).
Modelo de atenção à saúde	Redes de Atenção à Saúde baseadas na AB à saúde	Ampliação de ESB da ESF, garantindo cobertura populacional acima de 50% às ações de saúde bucal. Equiparação entre o número de ESB e equipes de Saúde da Família. ESB (vinculadas ou não à ESF) fundamentadas no princípio da vigilância e da promoção da saúde. Desenvolvimento de atividade de educação permanente que vise ao aperfeiçoamento e à manutenção dos profissionais.

Fonte: (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014, adaptado).

Nesse processo de transição dos pontos da Rede de Atenção à Saúde, os diferentes equipamentos ainda podem ser classificados segundo a densidade tecnológica: a Atenção Primária/Básica (baixa densidade), a Especializada Ambulatorial (densidade intermediária) e Especializada Hospitalar (elevada densidade).

O processo de trabalho dentro de uma rede assistencial organizada por meio de diferentes níveis de governança exige uma base populacional e uma base territorial para atuação dos serviços. Nesse sentido, a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços é fundamental para a conformação de redes de atenção. Considerando esses aspectos, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (Figura 4).

Figura 4 – Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb)



Fonte: <www.dab.saude.gov.br>.

Para efeito desta publicação, serão conceituados, alguns termos para melhor compreensão e organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb) (Quadro 2).

Quadro 2 – Conceitos de termos da Rede de Atenção à Saúde Bucal

Termo	Conceito
Ponto de atenção	Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de Pontos de Atenção à Saúde Bucal: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, centros de especialidades odontológicas, laboratórios de prótese dentária, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), entre outros. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.
Sistema de referência e contrarreferência	Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes.
Referência lateral ou referência interna	A referência lateral ou interna é a referência que se faz internamente no CEO para encaminhamento para as diversas especialidades, buscando a resolutividade do atendimento de forma que a necessidade do usuário seja atendida em sua totalidade, evitando que retorne para a AB a fim de obter outro encaminhamento para a especialidade da qual necessita. Deve-se buscar o monitoramento constante dessa prática para evitar iniquidades no atendimento. A referência lateral ou interna deve ser utilizada quando o procedimento executado por uma especialidade necessite, para sucesso da intervenção, de outra especialidade que a complemente. Por exemplo: excisão de hiperplasia fibrosa inflamatória e confecção de nova prótese, lesão endopéριο, entre outras situações.

Continua

Conclusão

Estrutura operacional	Recursos humanos Cirurgião-dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo 4 mil habitantes) atuando na Atenção Básica e perfazendo 40h/semana com contrato de trabalho estável. CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do centro de referência em Atenção Especializada ambulatorial. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de saúde bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção especializada, em nível hospitalar, garantindo a integralidade da atenção. Equiparação entre quantidade de CD e auxiliares.
Matriciamento	Atenção Básica O matriciamento é um espaço coletivo de cogerência, educação e formação no qual se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas para fomentar a cooperação com o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais. O matriciamento é um processo de construção compartilhada para criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.
Interconsulta	É um instrumento do matriciamento e define-se como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral de saúde, e tem como objetivo complementar ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento, para traçar um plano terapêutico. Por exemplo: a necessidade de um parecer de outro profissional (exs.: médico, psicólogo) sobre determinado aspecto da saúde do paciente para que o dentista elabore seu plano de tratamento.

Fonte: (BRASIL, 2013; 2006; 2011, adaptado).



Com a crescente descentralização na gestão pública da saúde e a necessidade de pactuação, dentro e entre as esferas de governo, o planejamento do setor da saúde adquire maior importância. A institucionalização da prática de planejamento busca dar, por meio desse mecanismo, direcionalidade às ações de saúde. Essa prática deve ser difundida desde o nível local (consultório odontológico) até o nível federal (Coordenação Nacional de Saúde Bucal). Diversas publicações sobre o tema vêm buscando instrumentalizar o setor de saúde para qualificar e padronizar as propostas de planejamento, conforme previsto em lei (BRASIL, 2009).

O planejamento em saúde está previsto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Com a evolução do SUS, diversas portarias vêm sendo editadas visando regulamentar as ações relacionadas ao tema e aperfeiçoar cada vez mais o Sistema.

29

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dispôs sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Para melhor organização do Sistema, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, criou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), que é a relação de todas as ações e os serviços públicos que o SUS garante para a população, em seu âmbito, com a finalidade de atender à integralidade da assistência à saúde; e a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), que disponibiliza os medicamentos necessários ao atendimento da população, de acordo com as prescrições realizadas no âmbito do SUS por um profissional integrante de seus quadros. Todo município deve definir a Relação Municipal de Medicamentos (Remume).

O planejamento deve ser compreendido como um processo contínuo e não como um somatório de etapas estanques e sucessivas. De forma geral, as principais etapas do planejamento são: compreensão da realidade; hierarquização dos problemas e definição de diretrizes; elaboração e execução da programação; acompanhamento e avaliação (PINTO, 2013).

O gestor do SUS, independentemente da instância de atuação (federal, estadual ou municipal) deve ter o planejamento em saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais e Relatório de Gestão) norteando os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual).



Saiba Mais:

Maiores detalhes sobre a proposta de planejamento para o SUS podem ser obtidos no *Manual de Planejamento no SUS* (volume 4 da série Articulação Interfederativa), disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento.pdf>

4.1 Conceitos

Os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Eles interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

É por meio das conferências de saúde (municipais, estaduais, nacional) que a sociedade, representada por vários segmentos, avaliará a situação de saúde e proporá as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

A partir das deliberações das conferências é que o planejamento no SUS deve ser iniciado com o objetivo de satisfazer as necessidades expressas no documento final das conferências.

Os responsáveis diretos pela saúde bucal dos estados e dos municípios devem estar devidamente apropriados desses conceitos e participar ativamente dos processos de elaboração deles e das várias etapas das conferências, garantindo que a saúde bucal esteja devidamente contemplada em todos eles.

4.1.1 Plano de saúde

O Plano de Saúde é o resultado do processo de planejamento e orçamento de determinada esfera governo no tocante à saúde para o período de quatro anos. Ele expressa o compromisso do governo com as questões prioritárias de saúde da população sob as quais se baseiam a definição de ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde. É elaborado no primeiro ano de gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão, até o primeiro ano de gestão subsequente.

O gestor do SUS, independentemente da instância de atuação (federal, estadual ou municipal) deve ter o planejamento em saúde refletido nas leis orçamentárias aprovadas no legislativo, previamente acordado no Conselho Municipal.

Figura 5 - Plano de Saúde



Fonte: (BRASIL, 2013, adaptado).

Como demonstrado na Figura 5, o processo de elaboração do Plano de Saúde perpassa pela identificação das necessidades em saúde, análise situacional e definição de prioridades.

O Mapa da Saúde, uma ferramenta que possibilita aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e dos

serviços de saúde, contempla os seguintes temas: estrutura do sistema de saúde (distribuição demográfica de serviços e recursos humanos disponibilizados pelo SUS, próprios e privados complementares, e pela iniciativa privada); Redes de Atenção à Saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso dos usuários; recursos financeiros de investimentos e custeio; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e gestão (evidenciando indicadores do processo de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social).

A análise do conjunto das informações sistematizadas no Mapa da Saúde deve ter como objetivo a definição das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores que irão orientar o conjunto de ações a ser priorizado no Plano de Saúde. Sendo assim, o Mapa norteará a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para um período predeterminado.

O Plano de Saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento do SUS, é submetido à apreciação e à aprovação do respectivo Conselho de Saúde e deve ser disponibilizado para acesso público no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS), disponível em <www.saude.gov.br/sargsus> e outros meios físicos e/ou eletrônicos de acesso à sociedade.

4.1.2 Programação anual de saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas deste e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Esta ferramenta está correlacionada com o **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior** e o **Relatório Anual de Gestão**, compondo os mecanismos de planejamento, acompanhamento e controle. Assim sendo, o ponto finalístico da construção de uma PAS é fornecer subsídios para a construção da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei do Orçamento Anual (LOA), que correlacionam o que precisa ser feito com o que pode ser feito dentro da conjuntura política e das condições financeiras do governo em exercício (BRASIL, 2011c; 2009; 2012).

4.1.3 Relatório detalhado do quadrimestre anterior

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. O RDQA observa o modelo padronizado previsto pelo CNS.

Contém, no mínimo, as seguintes informações:

- Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990.
- Montante e fonte dos recursos aplicados no período (fonte: Siops).
- Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações.
- Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.
- Análise e considerações gerais.

O RDQA poderá ser construído no SargSUS, em que há módulo desenvolvido especialmente para auxiliar os gestores nessa tarefa (BRASIL, 2016).

4.1.4 Relatório anual de gestão

O Relatório de Gestão (RG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Por essas características, é o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior, (BRASIL, 2016)

4.1.5 Planejamento e orçamento de governo

Os instrumentos de planejamento da saúde – Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão – devem orientar, no que se refere à política de saúde, à elaboração dos instrumentos de planejamento e ao orçamento do governo: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) para os três entes da Federação (Quadro 3).

Quadro 3 – Instrumentos de planejamento e orçamento

PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO GOVERNO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL		
PPA	LOA	LDO
Estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública relativas às despesas de capital e aos gastos correntes delas derivados. O plano é publicizado na forma de lei e editado a cada quatro anos. O gestor governa um ano com o PPA elaborado no período anterior, e o último ano do PPA elaborado pela gestão será o primeiro ano da próxima gestão.	Contém o detalhamento anual do planejamento do PPA na forma de ações que deverão ser implantadas e dos recursos orçamentários disponíveis para o financiamento das políticas. Estima receitas e despesas relativas aos três poderes. Compreende três orçamentos: fiscal, de empresas estatais e da seguridade social.	Estabelece, para cada exercício financeiro, as metas e as prioridades da Administração Pública e os parâmetros de elaboração da LOA, além de dispor sobre um amplo conjunto de questões adicionais para que o planejamento do PPA possa se traduzir em ação eficiente e eficaz. Esse conjunto abrange disposições relativas a possíveis alterações na legislação tributária e na política de pessoal da Administração Pública, a fração de limites de gastos dos três poderes, as condições para que o equilíbrio fiscal seja obtido, entre outras.

Fonte: (BRASIL, 2016, adaptado).

O ciclo de planejamento e orçamento de médio e curto prazos definidos pela Constituição Federal de 1988 estabelece para que as peças de planejamento e de orçamentação sejam enviadas pelo Poder Executivo ao Legislativo, em cada esfera da Federação, para que este faça a apreciação e as devolva para sanção até o limite dos prazos estabelecidos, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Ciclo de elaboração do PPA, LDO e LOA e respectivos prazos

PPA	PPA	LDO	LOA
Envio ao Legislativo	Até quatro meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro do mandato do chefe do Executivo.	Até oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro.	Até quatro meses antes do encerramento do exercício financeiro.
Devolução ao Executivo	Data: 31 de agosto do primeiro ano de mandato. Até o término da sessão legislativa. Data: 22 de dezembro do primeiro ano de mandato.	Data: 15 de abril de cada ano. Até o término do primeiro período legislativo. Data: 17 de julho de cada ano.	Data: 31 de agosto de cada ano Até o término da sessão legislativa. Data: 22 de dezembro de cada ano.

Fonte: (BRASIL, 2016).

- A Lei nº 141/2012, em seu art. 36, § 2º, estabelece que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão encaminhar, para aprovação do respectivo Conselho de Saúde, a Programação Anual de Saúde, antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente ao Legislativo, de forma a garantir que o setor Saúde esteja contemplado nas regras dispostas na LDO aplicáveis ao ano subsequente.

4.1.6 PlanejaSUS

No SUS, à medida que as ações e os serviços de saúde foram se organizando, o Ministério da Saúde buscou institucionalizar o processo de planejamento com uma ação continuada, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão da saúde, denominada Sistema de Planejamento do SUS/PlanejaSUS (BRASIL, 2009).

Para além disso, em 2016, o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, lançou a 1ª edição do *Manual de Planejamento do SUS*, uma parceria entre o DAI e a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. O manual é uma ferramenta que objetiva capacitar as equipes, orientar e auxiliar gestores de saúde na elaboração de instrumentos para o planejamento de ações de saúde nos municípios, nas regiões de saúde, nos estados, no Distrito Federal e no governo federal.



Saiba Mais:

PlanejaSUS – Cadernos de Planejamento, disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/>>. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>
Manual de Planejamento no SUS – Série Articulação Interativa – 4º volume, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>.

4.2 Planejamento Local

Já vimos nos itens anteriores deste capítulo que o planejamento é um processo de racionalização das ações humanas por meio da definição de proposições e construção da sua viabilidade, visando solucionar problemas e atender às necessidades individuais e coletivas de populações.

O planejamento deve ser um instrumento de gestão que promova o desenvolvimento institucional, uma atitude permanente da organização, do administrador e das equipes no território.

Como a equipe de saúde bucal pode utilizar os conceitos do planejamento para organizar o cuidado em saúde bucal do seu território? Partindo-se do princípio de que o município possui o Programa de Saúde Bucal, conjunto de projetos e atividades voltado para a concretização das ações previstas no Plano de Saúde explicitado na Diretriz que norteia o cuidado em saúde bucal da população, orientando as escolhas estratégicas e prioritárias para atingir um determinado nível de saúde da população, definido em função

das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do modelo de atenção utilizado no município e dos marcos da Política de Saúde Municipal.

A partir do conhecimento das diretrizes municipais, a equipe de saúde bucal deve planejar o atendimento no seu território.

4.2.1 *Compreensão da realidade*

O conhecimento da realidade em que o profissional atuará é o primeiro passo para o planejamento e a programação das ações. Para isso, torna-se necessário o conhecimento de dados populacionais, socioeconômicos e culturais do território. Durante a realização do diagnóstico, o responsável pela saúde bucal da região deve subsidiar a equipe com informações gerais e específicas da sua área. A equipe também deve buscar essas informações nas instituições do setor Saúde e em outras áreas (ROSA et al., 1992; GOES; MOYSÉS, 2012).

As informações gerais podem ser obtidas por intermédio da avaliação dos documentos acumulados nas instituições, que permitem a análise dos dados e a recuperação de informações referentes aos aspectos históricos, políticos e culturais da população. Os indicadores econômicos e demográficos, de situação de saneamento e de serviços de saúde existentes, bem como o acesso disponibilizado por estes à população, podem ser encontrados no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e nos bancos de dados do próprio município (ROSA et al., 1992).

Como elementos específicos, identificam-se a existência de rede pública de abastecimento de água tratada, sua cobertura populacional e presença de fluoretação em teor ótimo para a região; o acesso a outros métodos sistêmicos de uso do flúor; a existência de indicadores epidemiológicos; o levantamento da capacidade instalada dos serviços públicos filantrópicos, universitários e privados disponíveis à população; os serviços de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar; o atendimento e a capacidade de cobertura a grupos populacionais (ROSA et al., 1992).

Todas essas informações devem constar do Mapa da Saúde do município, que deve ser disponibilizado para a equipe.

No que se refere aos dados e às informações necessárias, a listagem formulada a seguir procura cobrir exigências mais significativas e comuns dos programas odontológicos, tanto para o nível do município quanto para o local (Figura 6).

Figura 6 – Dados e informações necessárias para o diagnóstico.

INFORMAÇÕES GERAIS	• População, especificando-se divisão em urbano/periurbano/rural, por idades, etc. • Renda <i>per capita</i> anual e mensal estimada. • Dados de escolaridade (públicas/privadas e grau de ensino). • Organização geral do sistema de saúde (grau de descentralização, autonomia do poder local, modelo de financiamento). • Oferta de Pessoal médico, de Enfermagem, de Odontologia e de outras categorias. • Unidades de saúde existente e tipo de serviços prestados. • Instituições formadoras de recursos humanos, com oferta de vagas e número de profissionais formados anualmente na área médica, odontológica e quanto a técnicos e pessoal auxiliar.
EPIDEMIOLOGIA	• Prevalência de cárie. • Tendência de processos de cárie. • Doença periodontal. • Indicadores de saúde. • Identificação da existência de rede pública de abatecimento de água tratada, sua cobertura populacional e presenças da fluoretação em teor ótimo para a região, o acesso a outros métodos sistêmicos de uso de flúor.
OFERTA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	• Número total de profissionais (setor público e privado). • Existência de planos de saúde e empresas de seguro-saúde. • Levantamento da capacidade instalada dos serviços públicos filantrópicos, universitários e privados disponíveis à população. • Identificação dos serviços públicos de atenção primária, secundária e terciária. • Disponibilidade de serviços preventivos públicos e privados de ações de educação em saúde. • Sistema de vigilância Sanitária.
INFORMAÇÕES QUALITATIVAS	• Opinião da população em relação à quantidade e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal disponíveis. • Condicionantes políticos e econômicos que favoreçam ou dificultem a ação setorial, incluindo a identificação de focos de resistência e de restrição efetiva ou potencial ao desenvolvimento das ações desejadas ou previstas, núcleos de poder político, econômico, administrativo, efetivos ou que possam ter influência na superação dos problemas existentes.

Fonte: (PINTO, 2013; ROSA et al., 1992; GOES; MOYSÉS, 2012, adaptado).

Nas localidades em que não houver levantamento epidemiológico disponível, pode-se trabalhar com o levantamento de necessidades imediatas, avaliação de risco, ou usar os dados regionais/estaduais do SB Brasil 2010 como referência, realizando posteriormente uma análise crítica para completar a compreensão da realidade (GÓES; MOYSÉS, 2012, p. 76).

O uso da informação estatística é facilmente acessível por meio da internet e deve ser feito pelas equipes na avaliação dos avanços ou retrocessos nas condições de vida da população, no apontamento da eficácia ou ineficácia das ações planejadas ou na defesa técnica quanto às prioridades a atender. Assim, além de conhecer as diretrizes municipais estabelecidas para o cuidado em saúde bucal, caso existam, para que as equipes possam atuar no território é necessário que possuam informações demográficas, socioeconômicas e de saúde do local. É desejável que o responsável

pela saúde bucal do município forneça tais informações e mantenha uma rotina de atualização e disseminação delas para as equipes.

A consulta aos portais de informações descritos a seguir é essencial para obter um panorama das condições de vida e saúde das populações nos territórios.

Portal da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) – Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)

<<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/>>

Nesse portal, estão disponibilizadas informações sobre unidades e equipamentos públicos, relatórios de informações sociais, mapas temáticos de vulnerabilidade social, entre muitas outras informações. Apresenta séries históricas de vários indicadores sociais e de programas para cada município e estado do país. Os dados e indicadores apresentados no Portal provêm de mais de 30 pesquisas e fontes de dados diferentes, envolvendo grande esforço de coordenação da Secretaria Extraordinária de Extrema Pobreza e de tratamento da informação da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do MDS.

Portal da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) – Ministério da Saúde (MS)

<<http://189.28.128.178/sage/>>

O Portal da Sage disponibiliza informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento. Demonstrando a situação governamental no âmbito do SUS, possibilita projeções e inferências setoriais, além de contribuir para a transparência das ações desenvolvidas na área da saúde.

Portal do Departamento de informática do SUS (DATASUS) – Ministério da Saúde (MS)

<<http://datasus.saude.gov.br>>

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) surgiu em 1991 e tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle do SUS, por meio da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao seu funcionamento integrado.

Portal do Fundo Nacional de Saúde (FNS) – Ministério da Saúde (MS)

<<http://www.fns.saude.gov.br>>

A Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, que a regulamentou, dispõem que os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e aos serviços públicos de saúde e os transferidos

pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde, que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde. Tendo como pressuposto a missão de "Contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde", o Fundo Nacional de Saúde (FNS) busca, cotidianamente, criar mecanismos para disponibilizar informações para toda a sociedade, relativas a custeios, investimentos e financiamentos no âmbito do SUS.

Portal do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Cnes) – Ministério da Saúde (MS)

<<http://cnes.datasus.gov.br>>

É a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O Cnes visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, ou seja: federal, estadual e municipal.

4.2.2 Hierarquização dos problemas e adequação das diretrizes municipais

Esta fase inclui o estabelecimento de objetivos, segundo o que foi observado e o que consta como prioridades nas diretrizes municipais. Os objetivos devem expressar a filosofia a ser adotada e as melhoras que se desejam alcançar em relação aos problemas encontrados no território de atuação da equipe. As metas quantitativas devem constar do documento de diretrizes elaborado pela Coordenação de Saúde Bucal do Município. De posse dessa informação, a equipe deverá adequá-las ao território (PINTO, 2013).

Cabe lembrar-se de que a hierarquização dos problemas deve passar pela participação popular como referendo para as escolhas das prioridades.

4.2.3 Elaboração e execução da programação

A partir dos objetivos e das diretrizes estratégicas elaboradas pelo município e de posse das informações que permitem o conhecimento do território, a equipe deverá considerar a melhor alternativa prática de trabalho, que contemple as ações de saúde bucal a serem desenvolvidas de forma a melhorar as condições de saúde bucal da população sob sua responsabilidade (PINTO, 2013).

A programação deve contemplar o atendimento às necessidades reais da população (exemplo: horários alternativos para atendimento ao trabalhador); a resolutividade das unidades de saúde envolvidas; a disponibilidade de recurso; os protocolos de atuação e a incorporação tecnológica. Lembrando que a oferta versus necessidade não será atendida em todos os territórios, devendo ser estabelecidos planos de integração de serviços, regulação local e municipal, para cobrir as necessidades do território.



Saiba Mais:

Para saber mais sobre a Programação no SUS, acesse os cadernos temáticos do PlanejaSUS no Portal da Saúde:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cmf?id_area=1098>



5 PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE BUCAL

A prestação de serviços de saúde bucal deve priorizar os agravos de maior gravidade e/ou mais prevalentes. Os principais agravos que acometem a saúde bucal no Brasil e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal – (a) gengivite e (b) periodontite; (3) edentulismo; (4) maloclusão; (5) câncer de boca; (6) fluorose dentária; e (7) traumatismos dentários. Outras patologias também são monitoradas em âmbito mundial e podem ser alvo das equipes de saúde, dependendo das peculiaridades locais. Destacam-se entre elas: erosão dental, alterações bucais relacionadas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e alterações congênitas (PETERSEN et al., 2005). Os dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde em nível nacional, denominados Projetos SB Brasil, finalizados em 2003 e 2010, demonstraram a importância desses agravos e reforçaram a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira. Os sete principais agravos de saúde bucal são abordados quanto aos aspectos conceituais, epidemiológicos e principais fatores de risco. Alguns aspectos relativos a outros agravos são abordados no final deste tópico.

5.1 Cárie dentária

Aspectos conceituais

A cárie é considerada como doença dependente de biofilme dental (acúmulo de bactérias nas superfícies dentais) e da exposição frequente a açúcar, que silenciosa e progressivamente dissolve os minerais dentais (TENUTA; CHEDID; CURY, 2011). A atividade metabólica das bactérias resulta em desmineralização dos tecidos dentários, levando ao aparecimento de lesões de mancha branca que podem evoluir para cárie.

Logo, qualquer estratégia para o controle da cárie deve, necessariamente, envolver o controle dos fatores necessários e determinantes para o desenvolvimento

da doença, isto é, o acúmulo de bactérias nas superfícies dentais e o efeito do açúcar, de tal modo que o meio mais racional de usar fluoreto seria aquele que interfira com esses fatores. Água fluoretada, por ser uma medida de saúde pública, e creme dental fluoretado, por ser o meio mais racional de usar fluoreto (pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor), têm indicação para todos os indivíduos. Os outros meios de usar fluoreto podem e devem ser recomendados de acordo com as necessidades de cada paciente (TENUTA, CHEDID, CURY, 2011).

Epidemiologia

A cárie dentária é usualmente avaliada em estudos epidemiológicos a partir do índice CPO (sigla para “cariados, perdidos e obturados”), composto pela soma dos dentes afetados pela cárie, estejam eles ainda não tratados (cariados) ou tratados mediante abordagem conservadora (obturados) ou mutiladora (extraídos/perdidos). Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO é sempre referido em relação à idade, e um indicador utilizado internacionalmente é o CPO aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente.

No caso do Brasil, o primeiro inquérito nacional, realizado em 16 capitais no ano de 1986, mostrou um CPO aos 12 anos de 6,7, ou seja, quase sete dentes afetados pela cárie, sendo a maioria destes ainda sem tratamento.

Em 2003, foi realizado o primeiro inquérito de saúde bucal que incluiu, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões, chamado de SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004c). Neste estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,8, portanto, quase três dentes afetados pela cárie. Na pesquisa de 2010 (BRASIL, 2011c), ficou em 2,1, representando redução de 26% em sete anos (Figura 7). Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie (CPO entre 2,7 e 4,4), em 2003, para uma condição de baixa prevalência (CPO entre 1,2 e 2,6), em 2010.

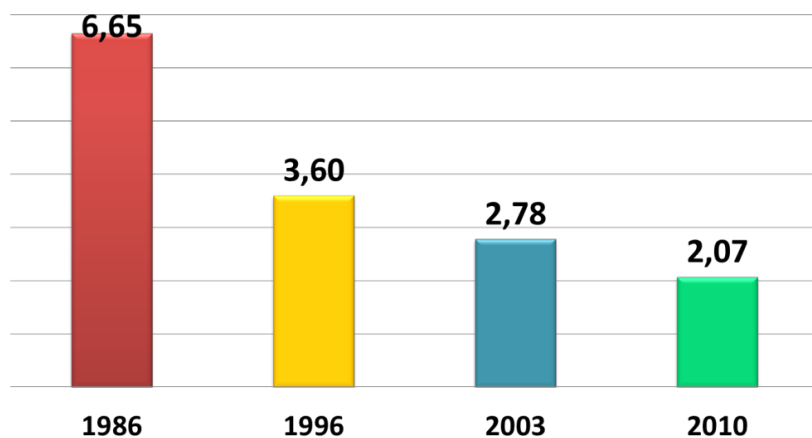
Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,2, duas vezes o número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre 12 e 15-19 anos tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando com 2003, contudo, a redução no componente “cariado” foi de quase 40% (de 2,8 dentes, em 2003, para 1,7, em 2010).

Entre os idosos de 65 e 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8 dentes afetados, sendo a maioria deles extraída. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observou-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,3, significando, em termos relativos, queda de 19%. E, mais importante, deve ser observado que os componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente, enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos sete anos, está tendo menor ataque de cárie e também maior acesso a serviços odontológicos de caráter restaurador em detrimento dos procedimentos mutiladores.

Logo, os resultados dos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004c; 2011c) evidenciam a redução na prevalência de cárie no Brasil. Mas, ainda assim, existem grandes variações na severidade da doença segundo a idade e entre as regiões do País.

A pesquisa ressalta que uma atenção especial deve ser dada à dentição decídua. Avaliando o ataque de cárie em crianças de 5 anos (em que há presença majoritária de dentes decíduos), foi encontrada a média de 2,4 dentes afetados, sendo a maioria deles (80%) formada por dentes ainda não tratados (cariados).

Figura 7 – Índice CPO aos 12 anos, de 1986 a 2010 – Brasil



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS.

Fatores de risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Falta de acesso ao flúor.
- Deficiente controle mecânico do biofilme dental.
- Consumo frequente de açúcar.
- Hipossalivação.

5.2 Doença Periodontal

Aspectos conceituais

A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante o biofilme dental, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, podendo ter padrões variáveis de progressão. É entendida como uma doença infecciosa, na qual as alterações de forma e função são consideradas sinais. A normalidade do periodonto é definida por variáveis biológicas, que são mais coerentes com a etiopatogenia da doença e permitem que usuários que em algum momento foram portadores da doença e apresentem sequelas (como recessão e mobilidade) retornem ao estado de saúde. A doença periodontal constitui-se, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes e doenças vasculares e cardíacas.

Aspectos epidemiológicos

No que diz respeito às condições periodontais, segundo os resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c), tais problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados indicam que o percentual de indivíduos sem problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos; 50,9% para faixa de 15 a 19 anos; 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos; e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observou prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.

Principais fatores de risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Diabetes.
- Fumo.
- Ausência de controle de placa.
- Imunodepressão e estresse.

5.3 Edentulismo

Aspectos conceituais

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: precárias condições de vida, baixa oferta e cobertura dos serviços, modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada. Aplica-se à perda parcial ou de todos os dentes.

Aspectos epidemiológicos

Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004c; 2011c) indicam que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo constitui-se, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública. Em 2010, entre os adolescentes (de 15 a 19 anos), 10,3% necessitaram de próteses parciais em um maxilar e 3,4% nos dois maxilares. Não houve registro para necessidade de próteses totais. Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorreu em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) foi relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,0% dos casos, houve necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. Em idosos de 65 a 74 anos, 22,9% necessitaram de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% de prótese total dupla (nos dois maxilares).

O déficit em idosos é significativo, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos comparadas com o SB Brasil 2003.

Principais fatores de risco

- Baixa renda.
- Baixa escolaridade.
- Falta de acesso a tratamentos odontológicos básicos e especializados.

5.4 Malocclusão

Aspectos conceituais

A Organização Mundial da Saúde (1962) descreve a malocclusão como conjunto de anomalias dentofaciais que causam deformação ou impedem a função e que, portanto, requerem tratamento. A malocclusão é a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, com índices menores apenas que a cárie e a doença periodontal.

O termo maloclusão pode ser definido como desvio da oclusão ideal (ANGLE, 1899), ou seja, inclui todos os desvios dos dentes e maxilares do alinhamento normal. Para o seu diagnóstico e intervenção precoces, é fundamental o conhecimento do desenvolvimento normal das dentições decídua e mista, evitando tratamentos mais complexos e de pior prognóstico no futuro. Além disso, a instalação e a permanência de alterações dentoesqueléticas apresentam vários efeitos na estética e nas funções orofaciais e, conseqüentemente, interferem negativamente na qualidade de vida, com prejuízos na interação social e no bem-estar psicológico dos indivíduos acometidos.

Existem vários sistemas de classificação das deformidades dentofaciais e, entre estes, o mais amplamente utilizado é o proposto por Edward Hartley Angle, que enfatiza a relação anteroposterior dos primeiros molares permanentes. Assim, simplificando, temos a seguir:

1. **Classe I** – Arcos dentários em relação mesiodistal correta com más posições dentárias individuais, na maioria das vezes, confinadas aos dentes anteriores.
2. **Classe II** – Arcos dentários em relação mesiodistal incorreta, estando o arco inferior retruído com oclusão distal dos primeiros molares inferiores.
Classe II Divisão 1ª – Inclinações labiais dos incisivos superiores.
Classe II Divisão 2ª – Inclinações linguais dos incisivos superiores.
3. **Classe III** – Arcos dentários em relação mesiodistal incorreta bilateral com o superior, estando o inferior protruído com oclusão mesial dos dentes inferiores.

Obs.: acrescenta-se o termo subdivisão quando a relação incorreta entre os arcos for unilateral e outro lado normal.

Dentro de cada grupo de maloclusão, podem ser encontrados vários problemas, os quais podem aparecer isolados ou concomitantes: mordida cruzada, mordida aberta, sobremordida profunda, sobressaliência aumentada, apinhamentos dentais, presença de hábitos bucais deletérios e perdas precoces dentais.

Aspectos epidemiológicos

As condições oclusais no Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c) foram avaliadas em crianças de 5 e 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos.

No Brasil, observa-se que 77,1% das crianças de 5 anos apresentaram oclusão normal para chaves de caninos (classe I); características normais de sobressaliência foram encontradas em 68,3%; mordida cruzada anterior em 3,0%; mordida aberta anterior em 12,1%; e prevalência de mordida cruzada posterior em 19,3% delas.

Aos 12 anos, 37,7% das crianças apresentaram problemas de oclusão. Em 20,0% dessas crianças, os problemas expressaram-se na forma mais branda. Porém, 11,2% tiveram oclusopatia (maloclusão) severa e 6,5% oclusopatia (maloclusão) muito severa. Nos adolescentes, as proporções foram semelhantes, com 35,6%

apresentando algum tipo de problema e, destes, 6,2% correspondem à forma de oclusopatia severa e 9,1% corresponderam à forma mais severa da doença.

Principais fatores de risco

A maloclusão é a deformidade dentofacial que, na maioria das ocasiões, não provém de um único processo patológico específico. É uma variação clínica significativa do crescimento normal, resultante da interação de vários fatores durante o desenvolvimento, tais como a interação entre influências ambientais e congênitas, sendo relacionadas às causas a seguir.

- Hereditariedade (padrões de crescimento dentofacial, tamanho dos dentes, potência da musculatura facial).
- Defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida.
- Enfermidades sistêmicas (distúrbios endócrinos, síndromes).
- Enfermidades locais (obstrução nasal, tumores, doença periodontal, perdas ósseas e migrações, e cárie dentária).
- Traumatismo pré e pós-natais.
- Agentes físicos (exodontia prematura de dentes decíduos, natureza da alimentação ou função mastigatória reduzida pelas técnicas de cocção, uso de talheres, alimentos processados e refinados, incluindo a presença ou ausência de alimentação dura, seca e fibrosa).
- Hábitos nocivos (sucção de bicos, de dedos, de lábio, uso de mamadeira, onicofagia, respiração bucal, quadros infecciosos de repetição).
- Deficiências nutricionais e má nutrição.
- Fatores culturais e socioeconômicos que dificultem ou impeçam o acesso aos serviços de saúde bucal preventivo-promocionais.

Considerando-se a etiologia multifatorial das más oclusões, é possível observar os principais fatores ambientais e locais que estão diretamente ligados às estruturas dentofaciais e constituem importantes causadores dos problemas oclusais. Com a detecção precoce destes fatores de risco, torna-se possível a aplicação de recursos preventivos e interceptativos que proporcionem adequado desenvolvimento dos arcos dentais.

5.5 Alterações dos Tecidos Moles e Câncer Bucal

Os tumores malignos da cavidade oral, incluindo os de língua, assoalho da boca, gengiva, palato e outros locais da boca, têm associação claramente estabelecida com o hábito de fumar ou mastigar tabaco e com o consumo de álcool. No entanto, existe um subconjunto de tipo de câncer que ocorre entre os sujeitos não expostos ao fumo ou ao álcool. Para esses casos, há evidência epidemiológica do papel do papilomavírus humano (HPV) 16 e HPV 18 como possíveis agentes etiológicos dos tumores malignos de cavidade oral. Os cânceres de orofaringe e das tonsilas são também fortemente associados ao álcool e ao tabaco, mas a evidência extensa acumulada nos últimos anos pode apoiar um papel causal do HPV em uma fração considerável desses tipos de câncer, cuja incidência aumentou em algumas populações.

A infecção pelo HPV, na mucosa genital ou oral, pode ser subclínica ou associada a lesões benignas (verrugas comuns, condilomas, papilomas). Em geral, essas lesões são causadas principalmente por infecção por HPV de baixo risco. A infecção por HPV de alto risco é considerada como o principal agente etiológico do carcinoma cervical de células escamosas.

As infecções por HPV são transmitidas principalmente por meio do contato direto, pele a pele ou pele-mucosa. Os vírus são transmitidos facilmente e cada genótipo tem o seu tropismo por determinado tecido. Os dados epidemiológicos recentes sugerem que as mudanças significativas na prevalência do HPV podem ser devido às mudanças nos hábitos sexuais, especialmente entre os jovens (ou seja, *debut* sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, sexo oral e anal). Este cenário implica a necessidade de ações dos pontos de AB, como campanhas sobre educação sexual e programas de vacinação, bem como o diagnóstico de doenças relacionadas com o HPV, tanto benignas como malignas.

Aspectos conceituais

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos é diagnosticado em estágios avançados da doença. O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce.

Aspectos epidemiológicos

O câncer bucal tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos.

Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente (90% a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide). Segundo a estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2016, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), a neoplasia maligna de cavidade oral apresentará 11.140 casos estimados entre os homens e 4.350 entre as mulheres. Isto representa 5,2% e 2,1%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma.

Principais fatores de risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, entre outros).
- Etilismo.
- Exposição à radiação solar.
- Deficiência imunológica (adquirida ou congênita).
- Uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa o risco de aparecimento do câncer de boca.

5.6 Fluorose dentária

Aspectos conceituais

A fluorose dentária é o resultado da ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental, que se manifesta como mudanças visíveis de opacidade do esmalte devido a alterações no processo de mineralização (MOSELEY et al., 2003). O grau dessas alterações é função direta da dose de fluoreto a que a criança está sujeita (mg F/kg/dia) e o tempo de duração da dose. Os aspectos clínicos da fluorose dentária são caracterizados por um espectro de mudanças que vão desde linhas opacas brancas finas cruzando transversalmente o longo eixo da coroa do dente até quadros nos quais áreas do esmalte gravemente hipomineralizadas se rompem e, geralmente, o esmalte restante fica pigmentado (FEJERSKOV et al., 1994). A pigmentação é pós-eruptiva, por causa da maior porosidade do esmalte fluorótico, mas essa maior permeabilidade não tem nenhuma relação com o aumento de risco de cárie.

A fluorose dentária leve causa apenas alterações estéticas, caracterizadas por pigmentação branca no esmalte dentário. A fluorose moderada e severa, caracterizada por manchas amarelas ou marrons, além de defeitos estruturais no esmalte, apresenta repercussões estéticas, morfológicas e funcionais (MOYSÉS et al., 2002).

Aspectos epidemiológicos

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c) apontaram prevalência média de fluorose dentária de 16,7% em crianças de 12 anos no País, sendo que 15,1% foram representados pelos níveis de severidade “muito leve” (10,8%) e “leve” (4,3%). Fluorose “moderada” foi identificada em 1,5% das crianças. O percentual de examinados com fluorose “grave” pode ser considerado nulo. A maior prevalência de crianças com fluorose foi observada na Região Sudeste (19,1%) e a menor na Região Norte (10,4%).

Principais fatores de risco

- Atualmente, considera-se que o principal fator de risco associado à fluorose dentária é o aumento da ingestão média de fluoretos por meio de múltiplas fontes. O uso de água fluoretada, dentifrício fluoretado, suplementos com flúor e bebidas ou alimentação infantil em pó contendo fluoretos antes dos 6 anos de idade tem sido considerado fator mais importante.
- Acesso precoce a produtos com flúor, incluindo o uso de dentifrício fluoretado, uso de soluções para bochechos e aplicação profissional antes dos 3 anos de idade, também é apontado como fator de risco à fluorose dentária.



Saiba Mais:

Para mais informações, acesse o *Guia de Recomendações para Uso de Fluoretos no Brasil*, disponível no site <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_fluoretos.pdf>.

5.7 Traumatismo dentoalveolar

Aspectos conceituais

Traumatismo dentário consiste em danos traumáticos que afetam o dente, incluindo tecidos mineralizados ou de sustentação. Estão incluídas alterações que variam de sensibilidade (concussão) ou fratura de esmalte, passando por deslocamentos (luxações) até avulsão (saída completa do dente do alvéolo dentário). As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar sorrir e conversar (ANDREASEN, 2012).

Aspectos epidemiológicos

Apesar da existência de poucos estudos de base populacional sobre prevalência de traumatismo na dentição permanente, no Brasil, os crescentes índices de violência (agressões, espancamentos), os acidentes de trânsito e outros provocados por diversas causas externas, como as atividades esportivas e brincadeiras realizadas em ambientes pouco seguros e sem o uso dos equipamentos de proteção, têm transformado o traumatismo dentário em um problema frequente na saúde pública. Segundo resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011c), a prevalência de traumatismo dentário nos incisivos aos 12 anos foi de 20,5%. As lesões mais prevalentes foram de fraturas de esmalte (aproximadamente 16,5%) e fraturas de esmalte e dentina (aproximadamente 4%).

Principais fatores de risco

- Fatores ambientais da vida familiar: áreas de residência, trabalho, escola, tipos de diversão, área de lazer e condição socioeconômica que predisponham os acidentes.
- Características individuais: condições físicas (como o trespasse horizontal acentuado e a hipotonia labial), condições comportamentais (como o hábito do uso dos dentes como ferramenta para prender ou cortar objetos), personalidade hiperativa, falta de uso de instrumentos de proteção contra acidentes (cintos de segurança, protetores bucais e faciais na prática de esportes, capacetes, uso de assentos especiais para crianças pequenas).

5.8 Outros Agravos

5.8.1 Erosão dental

Aspectos conceituais

Erosão dental é o resultado físico da perda patológica, localizada e crônica de estrutura dentária, por meio de quelação por ácidos de origem não bacteriana. Existem diversos tipos de ácidos de origem não bacteriana que podem ser o agente etiológico, o que torna essa patologia complexa (MEURMAN; TEN CATE, 1996). Embora a OMS recomende o monitoramento da erosão dentária como patologia emergente, autores questionam a caracterização da erosão como problema de saúde pública.

Epidemiologia

Estudos sobre a prevalência de erosão são raros na literatura, uma vez que a maioria dos índices empregados avalia desgastes dentários que incluem abrasão e atrição, além da erosão.

Fatores de risco

Fatores associados à dieta, como consumo de suco de frutas cítricas, energéticos e refrigerantes. Outros fatores, como redução do fluxo salivar, refluxo gastroesofageal e bulimia podem caracterizar elementos intrínsecos que predispõem à erosão dental. Exposição a ambientes com substâncias ácidas em algumas indústrias também é citado como fator de risco (AGUIAR et al., 2006).

5.8.2 Dor orofacial e disfunção temporomandibular

Aspectos conceituais

Dor orofacial refere-se à dor associada aos tecidos moles mineralizados da cabeça e do pescoço (ACADEMIA AMERICANA DE DOR OROFACIAL, 2010), tendo como causas mais comuns as dores odontogênicas seguidas das disfunções temporomandibulares (DTMs). Esta disfunção é um tipo de dor orofacial definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e as estruturas associadas. Em geral, as DTMs decorrem de doenças benignas, em diversos níveis de complexidade, mas não se pode descuidar da possibilidade de doenças graves como causa (FIELDS, 1995).

Aspectos epidemiológicos

Um estudo brasileiro verificou que 25,7% das pessoas que compareceram às consultas em uma clínica odontológica apresentavam algum tipo de dor orofacial (SIQUEIRA et al., 2008). Uma revisão sistemática verificou prevalência de mais de 13% para as dores musculares mastigatórias, mais de 16% para disfunções do disco articular e mais de 9% para dores da articulação temporomandibular na população em geral (MANFREDINI et al., 2011). Sinais e sintomas de DTM também são encontrados em crianças e adolescentes. Entretanto, a prevalência é menor do que em adultos (LE RESCHE, 1997; KEELING et al., 1994; VERDONCK et al., 1994; SUVINEN et al., 2004).

Principais fatores de risco das DTM

- Trauma.
- Fatores psicossociais (depressão, ansiedade, estresse pós-trauma etc.).
- Fatores anatômicos (esqueléticos).
- Fatores fisiopatológicos.
- Doenças sistêmicas (doenças degenerativas, infecciosas, metabólicas, neoplásicas, neurológicas, vasculares e reumatológicas).
- Doenças locais (alteração na viscosidade do líquido sinovial, pressão intra-articular aumentada, estresse oxidativo etc.).
- Genéticos.

5.8.3 Malformações congênitas

Aspectos conceituais

As fissuras orais (labial, labiopalatina ou palatina) destacam-se entre as alterações congênitas da boca. Essas lesões decorrem da falta de fusão dos processos nasais mediais e destes com os maxilares durante a formação do bebê. O diagnóstico pode ser feito a partir da 14ª semana de gestação, durante exames de ultrassonografia (PARANAÍBA et al., 2009; SILVA FILHO, 2007). Podem ser: unilaterais, bilaterais, incompletas, completas, sendo classificadas com base no forame incisivo (MOSSEY, 2011). Para acompanhar o curso destas malformações, deve ser realizado monitoramento da ocorrência de casos e registro correto nas bases de dados (LOFFREDO et al., 2001).

Aspectos epidemiológicos

Apesar de ser uma anomalia com serviços de referência para o tratamento, é importante ressaltar que, no Brasil, estima-se entre 1,5 e 1 caso por mil nascidos vivos. Estudo de registros de casos novos de fissura oral, nos anos de 1975 a 1994, apontou tendência ascendente nesse conjunto de malformações (LOFFREDO et al., 2001).

Principais fatores de risco

Os principais fatores de risco relacionados a fissuras orais estão listados a seguir. As evidências das associações variam na literatura (MOSSEY, 2011):

- Tabagismo materno.
- Alcoolismo materno.
- Carências nutricionais.
- Exposição materna a riscos ocupacionais (solventes e defensivos agrícolas, por exemplo).
- Medicações teratogênicas.
- Infecções virais no primeiro trimestre da gestação.
- Genéticos.



Importante evidenciar a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário ao cuidado de saúde bucal, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade da equipe. Lembrando que, na AB, os cidadãos geralmente são conhecidos por serem moradores da região e que o efetivo trabalho em equipe

produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e, também, o conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para a melhor condução da atenção integral das pessoas, famílias e comunidade ao longo do tempo.

Para tanto, o trabalho em equipe é fundamental, sendo que todos os profissionais têm responsabilidade: vigilante, recepção, auxiliares administrativos, técnicos de Enfermagem, técnicos em Saúde Bucal (TSB), auxiliares em Saúde Bucal (ASB), enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas e agentes comunitários de saúde (ACS). Dessa forma, todos esses atores envolvidos nesse processo de cuidado podem identificar situações que apresentam maior vulnerabilidade ou que geram sofrimento intenso em saúde geral e bucal, mais especificamente.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente aponta, nos seus princípios norteadores, a ampliação e a qualificação da assistência. Isso significa organizar o processo de trabalho, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos para resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias, e outras sequelas. A equipe deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo.

Cada vez mais se faz necessário um processo de mudança na organização da demanda, passando das consultas isoladas e de urgência para as consultas programadas, consultas de retorno, de manutenção e com tratamentos concluídos. Algumas formas de organização da demanda que ainda são utilizadas nos serviços de AB podem dificultar o acesso dos usuários. Como exemplos, podem ser citados: distribuição de senhas para o atendimento da demanda espontânea, agendamento em livro como fila de espera, dia/turno exclusivos para agendamento de consultas, horário restrito para acolhimento, agendamento exclusivo de consultas por patologia (dia do hipertenso, do diabético etc.) ou por ciclo de vida (dia da criança, do idoso, da gestante etc.), fazendo com que outras pessoas que não se enquadrem nessas definições não sejam atendidas. Esses modos de organização privilegiam o serviço, não o acesso ou a necessidade do usuário.

Para organizar o processo de trabalho, é necessário prever espaço e tempo tanto para a demanda programada quanto para a espontânea, incluindo aí o acolhimento às urgências, de forma que elas se complementem, dando respostas às necessidades dos usuários e aumentando a resolutividade dos serviços de AB. Para que haja efetiva organização da demanda, é necessária ampla discussão envolvendo todos os trabalhadores da unidade de saúde e a participação da comunidade na tomada de decisão. A PNSB sugere parâmetros para maximizar a hora-clínica do CD/eSB, bem como para atividades coletivas e/ou outras, além de atendimento a urgências.

Portanto, cabe a cada serviço adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com a necessidade da população, o fluxo de demanda da realidade local, da capacidade instalada e dos padrões e das normas estabelecidas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

É importante destacar que as ações na AB devem se valer de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica e que esse ponto da rede deve resolver a maior parte dos problemas de saúde das populações, de maior frequência e relevância. Já no ponto de Atenção Especializada Ambulatorial, o objetivo é garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários e preservando o vínculo com a AB. O ponto da rede em que se encontram as especialidades deve ser entendido como um território estratégico de intervenção, resolutividade e qualificação da rede de saúde bucal. Enquanto os serviços de AB devem ser capilarizados, a atenção no CEO deve ser ofertada de modo hierarquizado e regionalizado, baseado na “economia de escala”, garantindo o acesso dos usuários aos procedimentos de que necessitam, em momento oportuno, dentro do município ou fora dele.

“Economia de escala” é o aumento da quantidade total produzida sem aumento proporcional dos custos de produção. Para isso, é necessário que o gestor possua capacidade de planejamento, um sistema de regulação organizado e a constituição de redes de saúde. Os serviços de saúde deverão exercer suas atividades com transparência e eficiência.

No Brasil, a oferta de serviços da Atenção Especializada Ambulatorial (média complexidade) constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos. O Brasil Sorridente, em seu componente especializado (CEO), busca reverter esta situação de maneira que a demanda por tais serviços não seja condicionada pela oferta, mas sim pelas necessidades e pelo perfil epidemiológico da população.

No entanto, é fundamental que os gestores tenham alta capacidade de regulação da oferta para aumentar o acesso e a resolutividade dos serviços e a integração entre as ações dos diferentes pontos da rede de cuidado da assistência, evitando prejuízos à população e aumento nos custos do SUS.

A seguir, destacam-se as ações que, na organização do cuidado em saúde bucal, são desenvolvidas primeiramente pela AB e, na sequência, as ações que serão desenvolvidas no CEO, tendo a convicção de que não existem atos exclusivos de um local ou de outro, mas sim uma capacidade instalada local e determinação dos profissionais para resolver as necessidades das pessoas sob sua responsabilidade.

6.1 Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham papel central na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população, pois representam o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de

comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que a atenção se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), algumas condições e infraestrutura devem ser observadas para funcionamento das UBS:

- Devem ser construídas segundo normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.
- Ter identificação segundo padrões visuais do SUS e pactuados nacionalmente.
- Instituir o conselho/colegiado constituído de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da UBS.
- Garantia da gestão municipal da disponibilidade e da manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos da UBS.
- Existência e manutenção regular de estoque dos insumos, produtos e medicamentos necessários para o seu funcionamento.
- Equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas (CD), auxiliar em Saúde Bucal (ASD) e/ou técnico em Saúde Bucal (TSB), auxiliar de Enfermagem ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros profissionais em função da modalidade e da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.
- Cadastro atualizado dos profissionais da equipe no sistema nacional vigente e com as devidas cargas horárias contratuais informadas.
- Alimentação regular da produção dos profissionais de saúde no(s) sistema(s) de informação nacional vigente(s).
- Garantia da gestão municipal de apoio diagnóstico e laboratorial para resolutividade do cuidado.
- Garantia pela gestão municipal de fluxos integrados entre os pontos da RAS e de apoio técnico, logístico e de gestão para integralidade do cuidado.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família podem se organizar nas seguintes modalidades:

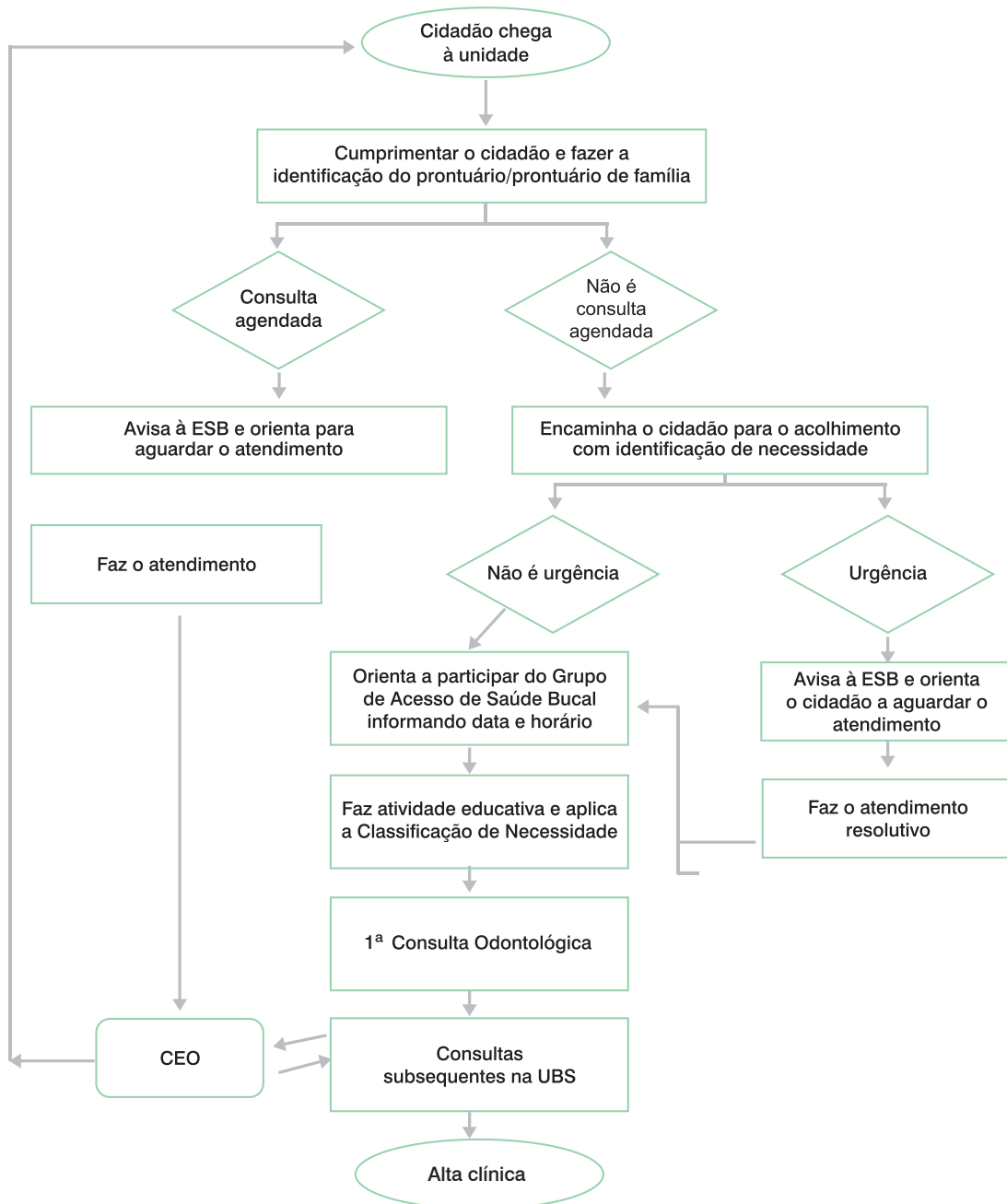
- Modalidade I: dois profissionais: CD + ASB ou TSB.
- Modalidade II: três profissionais: CD + TSB + ASB ou TSB.
- Modalidade III: profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Cada modalidade recebe recurso específico do Ministério da Saúde.

As UBS devem estar preparadas para identificar as necessidades individuais e da coletividade, definindo prioridades de atendimento para determinados casos, com destaque para aqueles de maior sofrimento. Nesse sentido, o cuidado longitudinal e o tratamento concluído são fundamentais, mas não tiram a responsabilidade de a eSB fazer o primeiro atendimento no caso de urgência odontológica. Para isso, a identificação de necessidades não só auxilia no processo de acolhimento do cidadão orientando a oferta de cuidado, mas também o tempo em que isso deve ocorrer. O acolhimento com identificação de necessidades tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso aos serviços de AB em saúde bucal e fortalecer a organização do processo de trabalho.

Para isso, sugere-se um fluxo para o acesso do cidadão que é guiado pelos atributos da AB em saúde e estabelece uma visão sistêmica do cuidado, que envolve: integração dos setores e trabalho em equipe; definição de necessidades; resolutividade na AB; e referência aos demais pontos da rede de atenção (Figura 8).

Figura 8 – Fluxo de acesso e da longitudinalidade do cuidado em saúde bucal na AB



Fonte: Adaptado do Protocolo de Saúde Bucal do Município de Porto Alegre (2014).

6.1.1 Organização do processo de trabalho

O profissional de saúde bucal integra uma equipe de AB vinculada à população de um território, com a qual estabelece relação de confiança, tem responsabilidade sanitária e compreende as suas especificidades e reais necessidades. Cada equipe de AB está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica e deve seguir os **quatro atributos essenciais** preconizados por Starfield (2002) para a Atenção Primária/Básica: primeiro contato, longitudinalidade ou continuidade, integralidade e coordenação. E dois **atributos derivados**: centralização familiar e orientação comunitária.

- **Primeiro contato:** diz respeito à acessibilidade e ao uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde.
- **Longitudinalidade ou continuidade:** definida como a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.
- **Integralidade:** consiste na prestação de um conjunto de serviços pela equipe de saúde que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização por outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas que causam as doenças; implica a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia dos diversos tipos de serviços.
- **Coordenação do cuidado:** capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços.
- **Centralização familiar:** implica considerar a família como o sujeito da atenção.
- **Orientação comunitária:** pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.

Esse modelo para organização do processo de trabalho (maneira como cada um trabalha) na AB deve ser pautado por um trabalho em equipe, ou seja, profissionais da área da Saúde Bucal integrados com os demais, como ACS, enfermeiro, médico, técnico de Enfermagem e todos os que estejam integrados dentro e fora da UBS. Além disso, é importante salientar que todo esse esforço de integração deve estar conectado com um conjunto de propostas para fortalecer a qualificação desse processo de trabalho por meio de atividade de educação permanente organizada e estruturada para que possibilite ao profissional uma tomada decisão que busque ser mais resolutiva nas suas ações.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) define que são características do processo de trabalho das equipes de AB a programação e

a implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, incluindo o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais. Cabe à equipe de AB o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva.

6.1.1.1 Planejamento e organização do processo de trabalho da equipe

Pautar o processo de trabalho em saúde praticando equidade é fundamental e, para isso, é necessário o uso de informações sobre as condições de vida da população. Estes dados devem servir de base para análise de situação de saúde-doença de cada coletividade, como também para programar as ações visando a quem mais precisa.

Sugere-se ainda que, de acordo com a realidade de cada município ou comunidade, esse planejamento seja discutido e acordado com representantes da gestão para otimizar a execução das tarefas sem prejudicar o cumprimento das metas da produtividade dos profissionais, repensando juntos e baseados nas necessidades do usuário o tempo (em turnos) a ser disponibilizado para as atividades inerentes às equipes de Saúde Bucal, como planejamento, atividades clínicas ambulatoriais e coletivas, visitas domiciliares, matriciamento, saúde do trabalhador, educação permanente/continuada, entre outras.

Para o planejamento e a organização do processo de trabalho da equipe, sugere-se que o coordenador municipal de saúde bucal faça um monitoramento que contemple minimamente os seguintes aspectos listados a seguir:

- Estimativa de cobertura populacional de equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica.
- Percentual de crianças livres de cárie.
- Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.
- Percentual de exodontia realizada em relação aos procedimentos clínicos.
- Média de participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
- Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

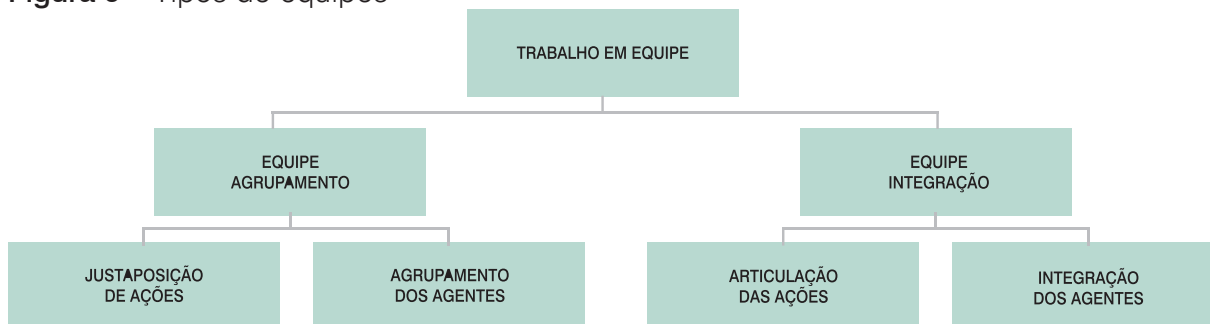
- Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante.
- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- Percentual de atendimentos de consultas agendadas e por demanda espontânea.
- Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante.
- Oferta de prótese dentária no município.
- Percentual de ações/serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal.
- Percentual de encaminhamentos para serviço especializado.

6.1.1.2 A equipe de Saúde Bucal e as atribuições na Atenção Básica

Conceito de “equipe”

A complexidade dos fenômenos saúde-doença, de seus determinantes sociais e a integralidade no cuidado requer o trabalho interdisciplinar de uma equipe multiprofissional, conectando ações e construindo coletivamente as intervenções para a população que vive no território. Há diferentes noções sobre equipe. Uma delas refere-se à **equipe agrupamento**, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, caracterizada pela fragmentação. Outra refere-se à **equipe integração**, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos trabalhadores, caracterizada pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde (Figura 9).

Figura 9 – Tipos de equipes



Fonte: (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em equipe multiprofissional configura-se numa relação recíproca de múltiplas intervenções técnicas em que se destaca a necessidade de preservar as especificidades do trabalho especializado, mas também de flexibilizar sua divisão. Considerando a atuação em territórios dinâmicos, as ações para promover a integralidade e a equidade em saúde vão além das unidades de saúde e ocupam o espaço coletivo. Assim, os profissionais da eSB realizam intervenções próprias da área, reafirmando a sua autonomia técnica, mas também executam ações articuladas nas quais interagem diferentes saberes da sociedade civil e de distintos campos profissionais que atuam no território.

Uma das habilidades a ser desenvolvida no interior de uma equipe que busca ser integrada é o processo de comunicação compartilhada em que cada trabalhador e o gerente da UBS têm papel fundamental no manejo dos problemas cotidianos e das situações conflitantes.

Atribuições das equipes de Atenção Básica

Entre as atribuições comuns a todos profissionais de saúde que atuam na AB, destacam-se:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.
- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e utilizar os dados para a análise da situação de saúde, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.
- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e nos protocolos da gestão local.
- Garantir atenção à saúde, buscando a integralidade, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e garantir atendimento à demanda espontânea, realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.
- Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e à

identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde.
- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais.
- Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
- Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe.
- Participar das atividades de educação permanente.
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.

As atribuições específicas do CD na AB são:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento da equipe, com resolubilidade.
- Realizar os procedimentos clínicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados à fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.

- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Realizar supervisão técnica do TSB e ASB.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

As atribuições específicas do TSB na AB são:

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo a programação e as competências técnicas e legais.
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
- Participar do treinamento e da capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde.
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais.
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista.
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas.
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista.
- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares.
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

As atribuições específicas do ASB na AB são:

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, os grupos e os indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho.
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas.
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.
- Processar filme radiográfico.
- Selecionar moldeiras.
- Preparar modelos em gesso.

- Manipular materiais de uso odontológico.
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.



É sempre importante destacar que o emprego de pessoal auxiliar aumenta a cobertura das ações em saúde bucal. De acordo com dados da literatura científica, a delegação de tarefas ao auxiliar leva o CD a uma redução de 46% na prática das funções clínicas, enquanto a inserção de uma segunda auxiliar eleva esse percentual para aproximadamente 62%, ficando concernentes ao CD aproximadamente 38% do total das funções clínicas, sem computar as atividades administrativas e de gestão e organização do serviço.

O emprego do trabalho a quatro ou seis mãos possibilita:

- Maior eficiência e otimização do processo de trabalho.
- Aumento da qualidade técnica e da produtividade, além de conforto e segurança agregados ao atendimento dos pacientes.
- Redução do desgaste físico, do estresse e da fadiga do cirurgião-dentista.
- Minimização do custo operacional e maior acesso da população aos cuidados de saúde bucal, entre outras vantagens para o processo de trabalho em saúde bucal.

Quando o CD está atuando em uma UBS na qual há equipe da Estratégia Saúde da Família, o ACS pode ser um profissional a contribuir com as ações de saúde bucal.

O ACS é o profissional da equipe mais envolvido com o território, a comunidade e a família e deve estar capacitado para identificar situações de maior vulnerabilidade e que estejam relacionadas com risco de desenvolvimento dos principais agravos de saúde bucal, como: etilismo, doenças sistêmicas, doenças crônicas, trauma, violência familiar, negligências e alterações de normalidade da mucosa bucal. Portanto, compete à equipe de Saúde Bucal a organização do trabalho com o ACS, destacando-se as seguintes atribuições:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.

- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.
- Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.



Saiba Mais:

Acesse as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e veja as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, bem como as atribuições específicas de cada categoria, disponíveis no *link* <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>

6.1.1.3 Territorialização e população de referência

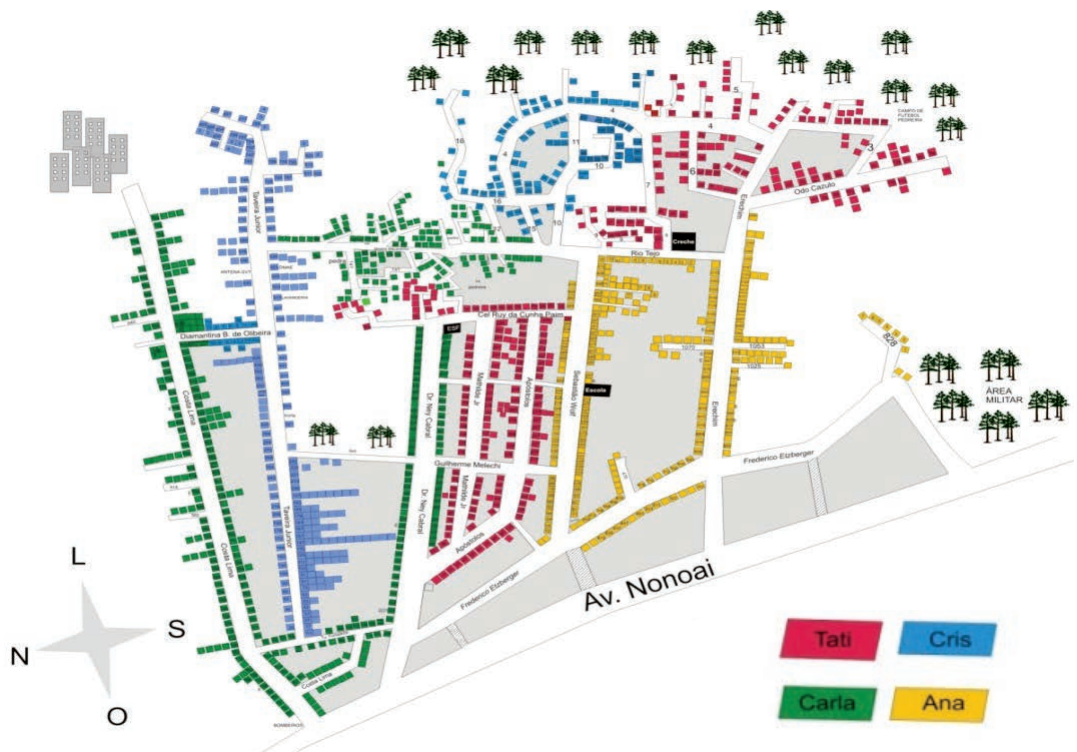
Na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, o território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Assim, além da delimitação espacial, apresenta perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente construção e que precisa ser identificado e mapeado pelos profissionais da AB.

O reconhecimento do território surge como elemento essencial para o planejamento de ações em saúde e uma ferramenta de gestão que influi no processo saúde-doença da população e na criação de ambientes saudáveis (Figura 10). Assim, a territorialização, enquanto um dos instrumentos de trabalho da AB, implica processar e sistematizar dados que alimentarão Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e tem como propósito:

- Identificar vulnerabilidades nos grupos sociais.
- Caracterizar o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental da comunidade de atuação.
- Demarcar limites das áreas de atuação dos serviços.
- Reconhecer o ambiente e os recursos sociais.
- Estabelecer relações com outros serviços adjacentes e centros de referência.
- Conhecer a dinâmica social existente.
- Potencializar os resultados e recursos presentes nesse território.

Figura 10 – Mapeamento de microáreas de atuação do território de uma Unidade Básica de Saúde

MAPA PSF ALTO ERECHIM



Fonte: Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Unidade de Saúde Alto Erechim. Mapa das microáreas do território (SMS, 2010).

O mapeamento das áreas de atuação dos ACS pode também originar vários outros mapas falantes com o recorte da identificação de riscos, condições de saúde/doença, necessidades por domicílios, presença de idosos, pessoas com deficiências, gestantes, que irão auxiliar no plano de atuação da eSB, definição de prioridades e ações de promoção e vigilância em saúde. Além disso, a organização social do território influencia na forma de produzir saúde nas comunidades e nos serviços.

A interface entre os diferentes serviços, os pontos da rede e a vigilância apresenta inúmeras possibilidades de construção. A vigilância em saúde, entendida como modelo assistencial, combina diversas tecnologias para controlar determinantes, riscos e danos e, numa dimensão gerencial, organizar o processo de trabalho em forma de operações, confrontando os problemas de dado território. Assim, apresenta caráter transversal, envolvendo todas as linhas de cuidado, os ciclos de vida e relacionando-se, direta ou indiretamente, com a maioria das ações realizadas nos vários pontos da rede, ampliando o escopo dos problemas e os aspectos que os serviços de saúde bucal devem abordar.



A vigilância em saúde pode ser compreendida de três formas: como análise e monitoramento das situações de saúde; como integração institucional entre vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica; e como modo de organização do trabalho e redefinição das práticas sanitárias.

Família

Segundo Mondin (2005), a família constitui “um grupo de pessoas vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com uma proposta de ligação afetiva duradoura incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles com as crianças e idosos”. Entretanto, vive-se hoje um período de transformações em que a família nuclear (pai, mãe e filhos) cedeu lugar a variados estilos de famílias.

Os dados dos últimos censos demonstram mudanças na estrutura familiar brasileira, devido a fatores socioeconômicos e demográficos. Outros determinantes, como a desvinculação da sexualidade e procriação com uso de contraceptivos, a legalização do divórcio, a disputa da mulher no mercado de trabalho, a luta pelos direitos de cidadania e direitos dos homossexuais têm implicado novos papéis entre homens e mulheres. Da mesma forma, a redução da fecundidade e a longevidade impactam na constituição familiar com maior proporção de adultos e, conseqüentemente, maior renda *per capita*. No entanto, são as famílias mais pobres as que têm maior número

de filhos, menor proporção de adultos no domicílio e renda mais baixa. Muitos desses lares são chefiados hoje por apenas um dos pais, em geral, por mulheres cujos salários, comparativamente, são também mais baixos.

Estudar as famílias e seus estilos não descarta a necessidade de compreender o indivíduo numa visão dinâmica do contexto familiar, pois esta influencia suas decisões, configura hábitos, reforça alianças e estabelece o modo do cuidado nos diferentes ciclos vitais. As tecnologias relacionais (tecnologias leves), como o genograma e o ciclo de vida familiar, são ferramentas que podem auxiliar na abordagem dos problemas de saúde dentro do contexto indivíduo-famílias, possibilitando o planejamento de ações.

As ações de saúde bucal integram o rol de atividades voltadas à promoção da qualidade de vida de dada comunidade. Para isso, é fundamental conhecer a realidade desta comunidade, suas fragilidades e fortalezas e como se organiza em seus aspectos culturais, econômicos e sociais. Para uma abordagem familiar, igualmente faz-se necessário compreender a estrutura desta de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises; e como funciona, como se organiza no território e opera diante dos processos de saúde-adoecimento.

Condições de vida e contexto social

As condições de vida da população, tais como moradia, condições de trabalho, educação, acesso a atividades culturais e de lazer, podem influenciar a saúde bucal dos indivíduos. A correta territorialização permite identificar áreas onde estas condições de vida podem afetar negativamente a saúde dos indivíduos. As informações das diferentes microáreas podem ser comparadas a partir dos dados dos sistemas de informação, permitindo a inclusão das condições de vida da população e do contexto social no planejamento das ações de saúde. Entender que essas condições devem ser alvo de intervenções intersetoriais favorece as melhorias de saúde da população, independentemente da variação das ações assistenciais de saúde bucal. Sugere-se, assim, que o desenvolvimento de ações voltadas para saneamento, segurança, educação, renda e lazer seja priorizado no sentido de melhorar as condições de vida dos usuários em situação de vulnerabilidade.

6.1.1.4 Acesso às ações e aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica

O primeiro contato significa acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio de um mesmo problema. Um serviço é a porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há necessidade/problema de saúde (STARFIELD, 2002). O acesso tem dois componentes (CONASS, 2011):

- ✓ O acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado.

- ✓ O acesso sócio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta e a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso. O mesmo ocorre com: as horas de disponibilidade da unidade de saúde; a oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a unidade de saúde não está disponível; a facilidade de acesso para idosos e portadores de deficiências físicas; o tempo médio gasto na sala de espera; a ausência de dificuldades com linguagem; as barreiras relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço; a busca ativa etc.

Torna-se necessário, portanto, que a equipe de Saúde Bucal, em conjunto com os demais profissionais, reflita sobre o acesso da população aos serviços ofertados e sobre os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário na UBS (BRASIL, 2013). Uma tecnologia do cuidado (conjunto de instrumentos e materiais do trabalho) que amplia o acesso e se torna um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho das equipes é o acolhimento.

6.1.1.5 Acolhimento com identificação de necessidades

O acolhimento é uma forma de reorganizar o processo de trabalho, revertendo a lógica da oferta do cuidado em saúde baseada na capacidade instalada. Institui um modo de acolher a população e priorizar a clientela de maior vulnerabilidade, busca diminuir as desigualdades, respeitando as necessidades dos diferentes indivíduos ou grupos populacionais. Além disso, objetiva qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo. Nas UBS, o processo do acolhimento com identificação de necessidades caracteriza-se como um movimento de reorganização do processo de trabalho, visando garantir atendimento de qualidade ao cidadão, com melhoria, especialmente, no acesso e maior resolutividade dos problemas.



Saiba Mais:

Apesar de ser necessário programar o acompanhamento dos usuários nas agendas dos profissionais (evitando que o trabalho na AB se reduza a um pronto atendimento), também é fundamental que as UBS estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado. Existem alguns modos de acolher a demanda espontânea utilizados em diferentes lugares, como (BRASIL, 2013):

- 1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário.
- 2) Equipe de acolhimento do dia.
- 3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário e equipe de acolhimento do dia).
- 4) Acolhimento coletivo.

Acesse o *Caderno de Atenção Básica nº 28, Acolhimento à Demanda Espontânea*, vol. I (2013), disponível no site <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28>>.

A identificação de necessidade do cidadão que busca o cuidado em saúde bucal poderá ser feita em qualquer espaço da UBS, no Grupo de Acesso de Saúde Bucal ou no próprio consultório odontológico. Nesse momento, torna-se importante definir prioridades para o tratamento, buscando promover a equidade, isto é, priorizar situações cujas necessidades clínicas são mais imediatas ou que apresentam maiores riscos de danos futuros. Não é justo, e muito menos ético, atender uma pessoa sem fazer a identificação de sua necessidade para realização de uma intervenção cirúrgico-restauradora e deixar de atender um cidadão com dor aguda ou com uma situação crônica mais grave em saúde bucal, somente porque uma pessoa madrugou em uma fila ou tem seu nome no topo de uma lista de espera.

A equipe que acolhe o cidadão em busca de atenção em saúde deve realizar uma avaliação ou escuta inicial, direcionando o fluxo, conforme a gravidade ou a necessidade do caso (Figura 8):

- 1) Em consulta agendada (demanda programada), o cidadão deve ser encaminhado para o atendimento pela eSB.
- 2) Na presença de sinais indicativos de urgência, o CD/eSB deve ser avisado imediatamente para que seja feita a avaliação e a identificação de necessidade de atendimento imediato ou não. Em se tratando de algum tipo de traumatismo dentoalveolar, por exemplo, o tempo é determinante, sendo plenamente justificável o atendimento imediato para redução de futuras sequelas. Em outros tipos de urgência odontológica, a realização

de procedimento, e não apenas a medicalização, é fundamental para alívio da dor, primando por um adequado primeiro contato com resolutividade e redução do sofrimento.

- 3) Nos casos de demanda espontânea que não se caracterizarem como urgência, o cidadão pode ser direcionado para o Grupo de Acesso de Saúde Bucal, no qual será orientado em relação aos cuidados de saúde bucal e terá suas necessidades identificadas pela equipe de Saúde Bucal, podendo utilizar a Classificação de Necessidade (Tópico 6.1.10, Quadro 6). Devem ser ofertadas agendas para um período não superior a 30 dias.

Importante salientar que necessidades identificadas e trazidas pelos demais membros da equipe, como ACS, enfermeiro, médico ou técnico de Enfermagem, devem ser oportunidades de interdisciplinaridade e, principalmente, de qualificação do acolhimento, ou seja, que este não se restrinja apenas ao encaminhamento para o CD/eSB.

6.1.1.6 Tipos de atendimento e de consulta

O usuário pode buscar o cuidado em saúde bucal, um procedimento, uma orientação, uma atividade de grupo ou uma consulta, na forma de demanda espontânea ou programada. Também, em algumas situações, mesmo os usuários que vêm sendo acompanhados por ações programáticas ou estão em tratamento podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

Demanda espontânea e demanda programada

Caracteriza-se como **demanda espontânea** a busca do usuário à unidade, independentemente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma natural e não esperada pelo serviço. É a apresentação de uma ou mais necessidade que os usuários trazem para o serviço de saúde **sem agendamento** que deve ter uma escuta qualificada inicial pela equipe de saúde para análise e realização do atendimento.

Podem ser divididas em:

- **Demandas espontânea sem queixa clínica:** sem sinais e sintomas, como renovação de receita, solicitação de exames, para mostrar exames, prevenção e promoção de saúde, orientações sobre higiene bucal, outras questões administrativas.

- **Demandas espontâneas com queixas clínicas:** dor de dente, trauma bucodentoalveolar, abscesso bucal, agudização de condições crônicas, entre outras.

Já a **demanda programada** origina-se do trabalho coletivo da equipe de saúde no território, domicílios, espaços sociais, escolas, creches ou mesmo da própria UBS, após a realização do grupo de acolhimento, informações sociais, epidemiológicas, e classificação das diversas necessidades. Também permite a melhor organização da agenda da eSB, do processo de trabalho com agendamento de diferentes tipos de consultas e das rotinas diárias do usuário.



Todas as consultas e os procedimentos realizados pela eSB deverão ser registrados no **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)**. Para captar essas informações, existe o **e-SUS AB**, que é composto por dois sistemas de *software* que instrumentalizam esta coleta dos dados, que serão inseridos no Sisab. São eles: **o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**. Existem também aplicativos (app) para dispositivos móveis, atualmente disponível: app AD (Atenção Domiciliar).

Com o Sisab, que substituiu o Siab, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

Para mais informações sobre o preenchimento do CDS e PEC, acesse os manuais do sistema, disponíveis no *site*: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>

É importante lembrar que as informações coletadas pelo CDS/PEC também deverão ser enviadas para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), por meio dos relatórios do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e/ou Individualizado (BPA-C ou BPA-I). Estes relatórios são gerados pelo próprio Sisab.

Consulta/atendimento de urgência

O atendimento à urgência odontológica em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento por trabalhar em equipe, ter conhecimento prévio da população, possibilitar o retorno com a mesma equipe de saúde e estabelecer vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual. Portanto, é importante que todas as situações sejam avaliadas e identificadas as necessidades e, se necessário, que se faça o atendimento clínico com a realização do procedimento que dê possibilidade de o usuário voltar às suas atividades laborais até que possa participar do Grupo de Acesso.

A urgência odontológica caracteriza-se por um atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas UBS, sem agendamento prévio, em que recebem atendimento e têm sua necessidade assistencial atendida. Esse atendimento é realizado a qualquer hora do turno de trabalho, deve ser organizado por meio da Classificação de Necessidades e destina-se a qualquer pessoa. Não há previsão de agenda para o atendimento às urgências, pois a própria condição é imprevisível.

Destaca-se, também, que não há **número limite de urgências por período**. Assim, os casos caracterizados como urgência pelo profissional do turno são prioritários e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas será diminuído, realizando-se menos procedimentos nesta hipótese. Em um dia em que eventualmente o número de urgências seja muito elevado, pode-se reagendar para outro dia algum usuário do atendimento programado. Após o primeiro atendimento, o cidadão deverá ser orientado a dar continuidade ao tratamento acessando a continuidade, como descrito anteriormente.

Em muitos casos, os profissionais não dispõem de recursos diagnósticos auxiliares (a exemplo dos aparelhos de raio-X), reforçando-se a necessidade de uma anamnese acurada, que auxilie na tomada de decisão. A anamnese direciona o exame clínico e permite a escolha da melhor terapêutica para cada caso.

A maioria das urgências odontológicas envolve casos de infecções agudas com origem endodôntica ou periodontal. Sabe-se que a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços. Existem ainda as urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal. Faz-se necessária a realização efetiva de procedimentos odontológicos, tais como acesso endodôntico, exodontias, drenagens de abscessos, entre outros, e não apenas medicação e encaminhamento. O cidadão deve ser atendido mediante as suas necessidades de forma resolutiva, com adequado primeiro contato e, acima de tudo, reduzindo seu sofrimento.

É importante assegurar e pactuar, de modo consciente com os usuários, que a forma de organização visa facilitar a identificação de prioridades e dar resposta a todos que procuram a unidade, e não transformar o serviço em uma Unidade de Pronto Atendimento, em que tudo será traduzido como prioridade. A maneira de

organização da demanda deverá ser permanentemente avaliada e, se necessário, adaptada. Com o tempo, a equipe aumenta a capacidade de intervenção, aumenta o vínculo com a população adstrita, e as demandas dessa população podem mudar, exigindo outras intervenções ou a programação de atividades que possam contemplar, de forma mais adequada, as necessidades daquela população.



Saiba Mais:

A abordagem detalhada das principais situações de urgências odontológicas que acometem os usuários que procuram os serviços de saúde bucal na Atenção Básica está descrita no documento Atenção à Demanda Espontânea na Atenção Básica – *Caderno de Atenção Básica*, n. 28, volume II, disponível no site <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28_vol2>

Primeira consulta odontológica programática

A consulta odontológica programática representa o ingresso do indivíduo na atenção à saúde bucal, a partir de avaliação/exame clínico-odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT). O tratamento deve ser iniciado na mesma sessão da primeira consulta odontológica programática. Não devem ser considerados como primeiras consultas programáticas os atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência, que não têm elaboração de Plano Preventivo-Terapêutico e seguimento previsto.

É importante ressaltar que uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa 12 meses após a conclusão do PPT ou caso o paciente abandone o tratamento seis meses após a última consulta.

Consultas de retorno e manutenção

Após a primeira consulta e a elaboração do PPT, o profissional indicará as consultas de retorno para realização e conclusão do tratamento. Após o tratamento concluído, poderá marcar consulta de manutenção. A execução deste PPT deve incluir atenção integral às necessidades identificadas, diversificando atividades de acordo com as funções de cada profissional da equipe (CD, ASB e TSB).

Alta clínica – tratamento concluído

Consiste na consulta que finaliza um período de tratamento previsto no PPT do usuário, diz respeito ao encerramento de determinado “período de tratamento”, ou seja, realizou todas as ações que se propôs a realizar no Plano Preventivo-Terapêutico da primeira consulta odontológica programática.

Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na AB, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, à humanização da atenção, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários.

Os cuidados domiciliares em saúde bucal compõem um conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre os autocuidados, prevenção e assistência odontológica realizados no domicílio, além de estabelecer uma rede de comunicação participativa com a família. O desafio de proporcionar cuidados domiciliares em saúde bucal relativos à assistência deve considerar que, na maior parte das vezes, exige equipamentos, instrumentais, condições de biossegurança e de ergonomia que dificilmente serão alcançadas plenamente no domicílio. Em decorrência das dificuldades apontadas, o consultório odontológico dos serviços de saúde é o espaço privilegiado para o desenvolvimento das atividades clínicas.

As atividades de assistência odontológica oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando, acima de tudo, a necessidade apresentada por ele. Os mais variados critérios são utilizados pelos serviços de saúde para a definição de prioridades para o atendimento ou a internação domiciliar, bem como para as ações, pois envolvem capacitação da eSB e dos familiares/cuidadores, assim como a integração com a equipe multiprofissional.



Saiba Mais:

Alguns aspectos para a organização de atividades estão abordados em documentos técnicos:

- *Manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.
- *Caderno de Atenção Domiciliar nº 2 – protocolos organizacionais e procedimentos mais comuns que podem ser desenvolvidos na AD*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.
- Recomendações sobre Cuidados Domiciliares em Saúde Bucal, da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, disponíveis em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prot_Cuidados_Domiciliares.pdf>.

6.1.1.7 Organização dos prontuários na Unidade Básica de Saúde

É fundamental o uso do prontuário de família em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, em especial nas UBS, pois é um instrumento de trabalho que garante o registro das informações dos profissionais da saúde e permite, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde, incluindo a de saúde bucal, além de servir para subsidiar a melhoria da qualidade no cuidado, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando, assim, complicações desnecessárias. O prontuário de família é um elemento decisivo para melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros, representando, ainda, um indicador de qualidade da atenção ofertada. Por exemplo: o uso do genograma, que é um dos elementos que deve estar contido no prontuário de família, propicia, de forma específica, uma visão gráfica da família e de suas relações, permitindo desenvolver, no profissional de saúde, uma visão integrada dos pontos fortes e das fragilidades da unidade familiar em sua situação atual, bem como dos aspectos evolutivos ao longo do tempo que possam influenciar suas interações presentes.

Portanto, esse tipo de prontuário é o instrumento que agrega a informação de todos os membros da família, possibilitando ir ao encontro do atributo da Atenção Básica, que é a orientação da família.

6.1.1.8 Organização da agenda

A **agenda dos profissionais** torna-se **recurso-chave** tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). (BRASIL, 2013). Ela deve ser compartilhada entre os membros da equipe de saúde. O planejamento e a organização da agenda são importantes, assim como também é indispensável o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados, agravando o acesso (BRASIL, 2013).

O fluxo de acesso ao atendimento deverá seguir os princípios do acolhimento com identificação de necessidades, conforme a Figura 8, do item 6.1. Recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, restringindo o acesso somente a determinados horários/dias, dificultando o acesso dos usuários.

A organização das atividades da eSB deverá ser orientada de forma a garantir que 75% a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico, enquanto 15% a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas, como atividades de promoção de saúde, visitas domiciliares, atividades em escolas, participação em conselhos locais, reuniões, entre outras.

É importante que as horas clínicas sejam otimizadas de forma que seja realizado o maior número de procedimentos por consulta, conciliando a quantidade de instrumentais disponíveis e o processo de esterilização utilizado no serviço. Estratégias como realização de procedimentos por quadrantes ou sextantes podem ser adotadas. Para tanto, é recomendado que o tempo de consulta odontológica seja variável, pois existem procedimentos que exigem menos tempo para sua execução e outros mais tempo para sua finalização – a orientação é que as agendas sejam organizadas com tempos que variam de 20 minutos a, no máximo, 40 minutos.

É possível conciliar atendimentos programados (AP), com a garantia de vagas de pronto atendimento (PA), estabelecendo-se parâmetros mínimos diários para agendamento (lembrando que não há número limite de PA ou urgências por período). Caso haja absenteísmo ou o número de pessoas para PA seja menor que a capacidade instalada de profissionais, é necessário anunciar a disponibilidade à recepção da UBS, para acolher e atender qualquer usuário que solicite atendimento, independentemente de ser uma situação de urgência. Importante que a forma preconizada de acesso sempre será por meio do processo de acolhimento com identificação de necessidade do cidadão. Além disso, deve-se entender por pronto atendimento o acolhimento e a atenção clínica que buscam dar resposta a uma necessidade percebida pelo usuário (Quadro 5).

Quadro 5 – Agenda semanal da equipe de Saúde Bucal

1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento
Consultas programadas	Ações coletivas (UBS/espacos sociais)*	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
Intervalo				
Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
	Visitas domiciliares**	Reunião comunitária/ reunião do conselho local de saúde***	Ações coletivas (UBS/espacos sociais)*	

Fonte: (SOUZA, 2012, Adaptado).

* É importante que seja reservado um turno de manhã e outro à tarde para as atividades coletivas, de forma a dar oportunidade para participação do CD/eSB nas atividades da UBS, bem como atingir os espaços sociais (ex.: escolas).

** É importante que o CD/eSB reserve espaços na agenda para as demandas de visitas domiciliares de acordo com a organização da equipe da UBS.

*** É importante que o CD/eSB reserve espaços na agenda para as reuniões de equipe e do conselho local de saúde.

6.1.1.9 Grupo de Acesso de Saúde Bucal

O Grupo de Acesso de Saúde Bucal (Gasb) é um espaço importante para a realização de atividades educativas e de promoção da saúde, assim como uma excelente ferramenta de comunicação em saúde. Ele pode constituir-se como uma forma de acesso ao tratamento odontológico ou ser parte integrante do tratamento odontológico para aqueles cidadãos que já se encontram em acompanhamento pela eSB.

A frequência de realização poderá ser semanal ou quinzenal, conforme demanda, tamanho populacional, perfil de território e planejamento local das UBS. Preconiza-se que seja realizado em dias e horários diversos para contemplar o máximo de pessoas, e que as atividades educativas tenham duração média de 30 a 60 minutos.

As atividades educativas deverão ser conduzidas respeitando-se as características de cada faixa etária. Este procedimento é uma atividade de Educação em Saúde no e-SUS AB e deve ser registrado como produção dos profissionais que a realizaram: CD, TSB e/ou ASB.

Logo após essa primeira etapa (Gasb), os participantes poderão ter suas necessidades identificadas pelo CD/eSB, utilizando-se a Classificação de Necessidades.

6.1.1.10 Classificação de necessidades da saúde bucal

Buscando estimar as necessidades e as demandas da população por serviços de saúde bucal, vêm sendo referenciadas em protocolos (Protocolo de Saúde Bucal do Município de Porto Alegre – 2014; São Paulo – 2012; e Belo Horizonte – 2006) de organização da atenção diferentes formas de avaliação de risco e/ou classificação de necessidades. Nesse sentido, sugere-se aqui o uso de uma **Classificação de Necessidades (CN)**, como mostra o Quadro 6. Um inquérito clínico para identificação da demanda individual e para CN pode ser feito a partir da atividade de grupo de saúde bucal ou durante o próprio processo de acolhimento individual ou coletivo.

Ele ajuda a orientar a eSB na tomada de decisão para o acesso ao cuidado. Portanto, deve ser entendido como instrumento de vigilância e ser utilizado com finalidade para o planejamento e o monitoramento das ações em saúde bucal, subsidiando, fundamentalmente, o acesso ao cuidado de pessoas, famílias e comunidades.

Esse inquérito clínico com CN poderá ser feito pela eSB considerando sempre a queixa referida do cidadão, não apenas os sinais clínicos. Poderá ser realizado no próprio consultório odontológico, em salas do serviço de saúde, em espaços de atividades coletivas e grupos promovidos pela equipe, sala de grupos, sala de reuniões, escolas ou creches, centros comunitários e, inclusive, nos domicílios dos usuários. Nos inquéritos para CN, são produzidos dados considerados necessários

para definir o tipo de serviço a ser disponibilizado num Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), sem que a pessoa utilize o tempo de consulta da agenda clínica, recomendado entre 20 e 40 minutos.

Além disso, essa proposta de CN (Quadro 6) se complementa com uma sugestão de condutas (PPT), número de consultas recomendadas a partir da situação clínica identificada, tempo de retorno após alta clínica para manutenção periódica preventiva e profissionais prioritariamente envolvidos.

Uma vez realizada a escuta da demanda do cidadão, a avaliação e os encaminhamentos pactuados, o fluxo prevê a classificação da demanda em:

- Urgência.
- Programada (consulta agendada).
- Alta clínica.

Para as demandas de urgência, deve ser disponibilizado atendimento no mesmo dia, preferencialmente na própria unidade. No caso da impossibilidade de atendimento, deve-se referenciar o cidadão a uma UPA mais próxima da UBS. Para as demandas programadas, deve-se orientá-lo a participar do Grupo de Acesso de Saúde Bucal (Gasb), informando o dia e a hora.

Quadro 6 – Classificação de Necessidade (CN) com sugestão do Plano Preventivo-Terapêutico (PTT), número de consultas recomendadas, tempo de retorno após o tratamento concluído e profissionais prioritariamente

Código permanente/decíduo	Condição	Plano PPT	Número de consultas recomendado	Retorno	Profissionais envolvidos no PPT
CN – 0	Não apresenta necessidade clínica	Alta clínica	1 a 2 e escovações dentais supervisionadas	1 ano	ASB, TSB, CD
CN – 1	Gengivite sem fator retentivo de placa e sem atividade de cárie	IHO**	1 a 4 e escovações dentais supervisionadas	8 meses	ASB, TSB, CD

Continua

Continuação

Código permanente/decíduo	Condição	Plano PPT	Número de consultas recomendado	Retorno	Profissionais envolvidos no PPT
CN – 2	Atividade de cárie não cavitada e/ou gengivite sem fator retentivo de placa	IHO** e ATF***	4 a 6 consultas para ATF*** (individual ou coletiva)	90 a 120 dias	TSB, CD
CN – 3	1 a 3 (necessidades clínicas) cavidades e/ou extrações indicadas e/ou necessidades de RAP*	Agendar	2 a 3 consultas clínicas programadas	1 ano	TSB, CD
CN – 4	4 a 7 (necessidades clínicas) cavidades e/ou extrações indicadas e/ou necessidades de RAP*	Agendar	4 a 5 consultas clínicas programadas	6 a 8 meses	TSB, CD
CN – 5	8 ou mais (necessidades clínicas) cavidades e/ou extrações indicadas e/ou necessidades de RAP*	Agendar	6 a 7 consultas clínicas programadas	9 a 11 meses	TSB, CD

Continua

Conclusão

Código permanente/decíduo	Condição	Plano PPT	Número de consultas recomendado	Retorno	Profissionais envolvidos no PPT
CN – 6	Alteração de tecido mole	Agendar ou encaminhar para o CEO	Pelo menos 1 consulta clínica programada	Conforme o caso	CD
CN – 7	Dor espontânea	Agendar em 24 horas ou pronto atendimento	1 atendimento clínico de urgência	Conforme o caso	CD

Fonte: Adaptado do Protocolo de Saúde Bucal do município de Porto Alegre (2014), documento de Consenso Técnico – CRO MG, gestão 2013-2015, Protocolo de Saúde Bucal do município de São Paulo (2012).

* RAP – Raspagem e Alisamento e Polimento; ** IHO – Instrução Higiene Oral; ** *ATF – Aplicação Tópica de Flúor.

6.1.1.11 Reunião da equipe

Os profissionais de saúde bucal devem participar com os demais profissionais da AB de reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração a ser definida de acordo com as demandas, mas buscando não usar todo o turno de atendimento. Esse momento deve ser utilizado para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros.

6.1.1.12 Participação e controle social

A participação da comunidade – usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social – nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização das pautas em curso.

É muito importante que os profissionais das equipes de Saúde Bucal participem ativamente das diversas instâncias de controle social.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) deve ser apoiado pela gestão no sentido de garantir espaço físico para seu funcionamento, assegurar o exercício das suas

funções e responsabilidades, respaldando suas decisões e deliberações. Trata-se de um importante espaço social de discussões e expressão de cidadania, além de potencializar seu papel de mediador das demandas sociais junto ao governo. As conferências nacionais/estaduais/municipais/distritais/locais de saúde devem ser estimuladas, pois são conquistas fundamentais para a democratização das políticas de saúde no nível local.

Devem ser estimuladas e apoiadas pela gestão, com a participação de profissionais das equipes, usuários e representantes de movimentos sociais, a formação de conselhos locais de saúde estruturados e vinculados às UBS; a formação de comissões de conselheiros, grupos de trabalho e rodas de conversa nas UBS; além de reuniões mensais ou bimensais de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde com foco no território, com a participação dos usuários do serviço.

A participação popular amplia a compreensão dos profissionais de saúde sobre a realidade de vida da população e fortalece vínculos e práticas dialógicas, críticas e reflexivas. O plano de trabalho da equipe deve incluir agendas de discussão conjunta com a população por meio de reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais de saúde. Além disso, a equipe deve buscar parcerias e/ou articulação com associações, grupos de populações específicas, movimentos sociais, igrejas e organizações não governamentais (ONG), entre outros.

O acesso às informações e a participação na formulação, na implementação e na avaliação das políticas de saúde são ações inscritas no direito à saúde e no exercício da cidadania e devem ser asseguradas. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de rede de atenção e do trabalho em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e para a efetivação dos princípios da integralidade.

Devem ser utilizados métodos e instrumentos de monitoramento do grau de satisfação do usuário em relação ao acesso, ao acolhimento, à qualidade do atendimento, ao tempo de espera para ser atendido, ao encaminhamento para os serviços de referência, ao acompanhamento do usuário na rede de serviços, à qualidade do vínculo, ao comprometimento do profissional, entre outros. Com isso, a gestão poderá promover discussão com as equipes a partir das análises de levantamentos realizados, utilizando-as como reorientadoras dos processos de trabalho.

Canais de comunicação (central de sugestões, ouvidoria etc.) aos usuários da AB para expressão de suas necessidades, reclamações, solicitações, sugestões e outras manifestações dos usuários devem ser disponibilizados, por meio escrito ou outro mecanismo existente, respeitando a privacidade, o sigilo e a confidencialidade. Esses canais possibilitam o acolhimento ao cidadão, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiar a análise de tais demandas para a reorganização do processo de trabalho e qualificação da AB.

6.1.1.13 Educação Permanente em Saúde no processo de qualificação das ações desenvolvidas

Para o redirecionamento do modelo de atenção, há a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia, para o estabelecimento de práticas transformadoras, bem como a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

A educação permanente entra nesse contexto com a finalidade de transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Baseia-se em um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho. Os processos de educação devem ser estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente devem ter sintonia com o momento e o contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade.

É muito importante que os profissionais das equipes de Saúde Bucal participem das instâncias locais que discutem as estratégias de educação permanente e apontem suas demandas.

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) que devem ser enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

Deve ser utilizado o apoio matricial para promover a troca de saberes e o desenvolvimento de competências baseado em dúvidas, dificuldades e necessidades de aprendizado das equipes; e devem ser promovidos espaços para invenções e experimentações que ampliam as competências da equipe, contribuindo para o aumento da resolutividade e para a efetivação da coordenação integrada do cuidado. Constituem-se como práticas de apoio matricial as discussões de casos entre profissionais com diferentes especialidades e profissões, atendimento conjunto, capacitação de casos específicos, intervenções conjuntas no território e teleconsultoria. São exemplos de matriciadores na AB: equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), equipes de vigilância em saúde, núcleos de Telessaúde, equipes de centros de especialidades, entre outros.

Devem ser oferecidos cursos de atualização e qualificação para os profissionais da gestão e equipes de saúde que atuam na AB e disponibilizados mecanismos virtuais e/ou

presenciais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.



Saiba Mais:

Uma das principais estratégias que o Ministério da Saúde oferece para qualificar a atenção à saúde e a capacitação dos profissionais de saúde do SUS é o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Telessaúde Brasil Redes.

O **UNA-SUS** foi criado para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, visando à resolução de problemas presentes no dia a dia. Para isso, os cursos oferecidos têm enfoque prático e dinâmico, utilizando casos clínicos comuns.

O **Telessaúde Brasil Redes** é outra ferramenta de educação permanente que objetiva desenvolver ações de apoio à tomada de decisão clínica e gerencial na perspectiva da melhoria da qualidade do cuidado oferecido à população e da ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes da AB. É operacionalizado por meio de Núcleos de Telessaúde, que, de acordo com a sua estrutura e capacidade técnica, devem oferecer as seguintes ações: teleconsultoria, segunda opinião formativa, telediagnóstico e teleducação.

Para mais informações, acesse o *site* <<http://www.unasus.gov.br/>> e <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>.

6.1.2 Ações da saúde bucal na UBS

As ações da eSB envolvem prevenção, promoção, proteção de saúde e reabilitação da saúde em diferentes áreas da Odontologia: Dentística Restauradora, Cirurgia Oral, Periodontia, Endodontia, Estomatologia, Prótese Dentária, Odontopediatria, pacientes com necessidades especiais, Ortodontia e Urgência Odontológica.

Além disso, responde pelo cuidado em todos os **ciclos de vida**: crianças, adolescentes, adultos e idosos; bem como em **condições especiais**: por exemplo, gestantes e pessoas com necessidades especiais.

A seguir, serão detalhadas algumas dessas áreas e suas respectivas responsabilidades, possibilitando uma resolutividade nesse ponto da rede.

6.1.2.1 Ações de promoção e proteção

Educação em saúde

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal destacam que o principal aspecto da educação em saúde bucal é fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da eSB, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos. O ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a eSB orientar o seu trabalho. A presença do CD é importante em momentos pontuais e no planejamento das ações.

São aspectos significativos a serem observados na educação em saúde bucal: respeito à individualidade; contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança; respeito à cultura local; respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática; ética; autopercepção de saúde bucal; reflexão sanitária (capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde); além do uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

Saúde na escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, importante demanda do PSE.

Na *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>), são destacados o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, com definição de prioridades para a saúde da população infantil local. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas.

A adesão ao PSE pressupõe que os municípios tenham a ESF, mas este fator não pode ser determinante para a realização de ações coletivas de saúde bucal em escolas. Isto é, independentemente da adesão ou não ao programa, as eSBs devem realizar atividades coletivas com os escolares e os não escolares também.

Para o planejamento das ações coletivas que envolvam o uso de fluoretos, há várias estratégias de abordagem preventiva para os problemas de saúde coletiva: populacional, de grupos de risco e de indivíduos de risco. A opção por uma ou pela

combinação de mais de uma dependerá da característica do problema de saúde que se pretende enfrentar e seu reflexo na saúde coletiva.

A estratégia populacional tem como objetivo identificar determinantes das doenças, interferindo para modificar sua incidência na população toda. Utilizá-la significa atuar sobre o conjunto da população, no contexto de sua vida diária, não se concentrando apenas nos indivíduos que correm risco de desenvolver doenças específicas. Esta estratégia causa impacto na distribuição da doença e não requer triagens para selecionar grupos populacionais. Como exemplo, pode-se citar a fluoretação das águas de abastecimento público dentro dos teores recomendados para o município.

A estratégia de grupos de risco tem como objetivo identificar grupos ou comunidades que concentram mais problemas de saúde e intervir para modificar a incidência de doenças nesses grupos e reduzir as desigualdades. Utilizá-la significa buscar a redução das desigualdades em saúde (equidade) e estabelecimento de necessidades prioritárias dos serviços de saúde. Causa menor impacto na distribuição da doença na população, pressupõe a identificação de grupos prioritários, porém não há necessidade de rastreamento individual. Como exemplo, pode-se citar a aplicação de gel fluoretado duas vezes ao ano em escolas de comunidades carentes. Neste caso, utiliza-se a ação preventiva do flúor.

A estratégia de indivíduos de risco tem como objetivo identificar aqueles que possam desenvolver doença no futuro, por meio de preditores ou de diagnóstico antes da manifestação clínica da doença. Pressupõe a realização de triagens e o estabelecimento de intervenção apropriada a cada um e consequente maior efetividade dos procedimentos preventivos e vantagem econômica. Como exemplo, podem-se citar triagens de risco em espaços escolares, com definição de frequências de aplicação de gel fluoretado para cada indivíduo e/ou grupos específicos (utilizando a ação terapêutica do flúor).

No caso em que o espaço social é representado por escolas, faz-se necessária articulação com a Secretaria de Educação. O Quadro 7 apresenta um passo a passo para o CD/eSB organizar as ações coletivas em saúde bucal em espaços escolares.



Saiba Mais:

- *Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil* – apresenta as várias formas de utilização de fluoretos, tanto como método preventivo de âmbito nacional, quanto para uso individual, indicados pelo Ministério da Saúde, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.
- *Caderno de Atenção Básica no 24 – Saúde na Escola e Passo a Passo do PSE*, disponíveis no site <<http://dab.saude.gov.br>>.

Quadro 7 – Passo a passo para organização de atividades coletivas em espaços escolares

Atividade	Como fazer	Responsáveis
Identificação dos espaços escolares adstritos a cada unidade de saúde	O número de espaços escolares (creches, escolas de educação infantil e escolas de ensino fundamental) por CD pode variar de acordo com o total de escolares matriculados em cada um; a divisão deverá ser acordada em reunião prévia com toda a eSB, observando-se os parâmetros preestabelecidos.	Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde, coordenador de Saúde Bucal, ASB/TSB/CD (se for o caso do serviço) e Conselho Gestor da UBS
Contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal	O período a ser considerado será o ano letivo; as atividades deverão desenvolver-se em aproximadamente 30 semanas, sendo 15 em cada semestre. Cada eSB deverá cadastrar o número de crianças segundo sua carga horária e composição da equipe, em um ou mais espaços escolares. Deverá agendar uma reunião com a direção ou com quem a represente na instituição para apresentar a proposta de trabalho para o período letivo, de forma a estabelecer uma relação amistosa e de corresponsabilidade; esse agendamento poderá ser feito por telefone ou pessoalmente em cada espaço escolar. Nessa mesma oportunidade, solicitar a lista nominal de alunos matriculados e verificar as instalações e os recursos disponíveis (pátio e quadra de esporte, bebedouros coletivos, escovódromos, salas de aula ou de vídeo, com recursos projetivos ou audiovisuais); assim como o número de funcionários, qualidade e natureza da merenda, existência de cantina e os produtos nela comercializados.	ASB/TSB/CD

Continua

Continuação

Atividade	Como fazer	Responsáveis
Reunião com diretores, professores, funcionários do espaço escolar para apresentação e finalização de cronograma de atividades	Uma reunião deve ser agendada com professores e funcionários para participação e esclarecimentos a respeito do trabalho a se desenvolver, e reafirmar a corresponsabilidade de cada um no processo de educação para a saúde; identificação e quantificação de recursos humanos do setor Saúde que serão envolvidos na execução das atividades propostas, bem como de outros setores, como professores, funcionários de creches, pessoas da comunidade etc. Apresentar o cronograma e as atividades a serem realizadas e verificar se as datas propostas não coincidem com passeios, festas ou outras atividades.	Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal e ASB/TSB/CD
Avaliação de necessidades	Sugere-se que o exame seja realizado dentro do espaço escolar, para toda a população (ele será feito com o auxílio de espátula de madeira, consistindo na inspeção visual dos arcos dentários, sob luz ambiente natural ou artificial, sem secagem dos dentes, a fim de verificar o número e a localização das superfícies dentárias). É importante verificar a disponibilidade de professores e funcionários da escola que possam auxiliar na organização e no fluxo das crianças. Adequações podem ser realizadas de acordo com o número de escolares e de recursos humanos da eSB, com a identificação de grupos prioritários (turmas que estão iniciando o ensino fundamental e turmas que estão concluindo o ciclo).	ASB/TSB/CD e funcionários do espaço escolar
Capacitação dos professores para o desenvolvimento das ações educativas	Uma reunião deve ser promovida para discussão e capacitação dos professores em atividades de saúde bucal presentes no currículo transversal.	ASB/TSB/CD

Continua

Continuação

Atividade	Como fazer	Responsáveis
Reunião com pais e responsáveis para apresentação das propostas e distribuição de autorizações	Providências para a obtenção do consentimento por escrito dos pais e/ou responsáveis para a inclusão dos participantes nas ações coletivas e apresentação do cronograma das atividades a serem realizadas. Nesta oportunidade, é importante a promoção de uma orientação sobre os aspectos preventivos da saúde bucal e a responsabilidade da família no desenvolvimento dos autocuidados. Outra possibilidade para a obtenção dos consentimentos por escrito dos pais e/ou responsáveis é pedir a cada professor que envie os consentimentos para os pais por meio dos alunos e se responsabilize pela devolução deles à eSB.	Secretaria de Educação, Secretaria de Saúde, Coordenação de Saúde Bucal e ASB/TSB/C
Desenvolvimento da atividade educativa para todos os escolares	As atividades educativas deverão ser conduzidas respeitando as características de cada faixa etária. Recursos como macromodelos, cartazes, jogos, desenhos podem ser utilizados. Os professores podem orientar a equipe em relação à melhor estratégia a ser adotada. No Caderno de Atenção Básica no 24 – Saúde na Escola, há sugestões de conteúdos a serem abordados e adaptações podem ser feitas em função da realidade e interesse de cada público-alvo.	ASB/TSB/CD e professores do espaço escolar
Escovação supervisionada com dentífrico fluoretado	Sugere-se a entrega de uma escova dental, se possível, identificada com o nome de cada criança, e de um tubo de creme dental. Porta-escova pode ser produzido para o acondicionamento das escovas nos armários das salas de aula. Pode ser usado o bebedouro coletivo ou escovódromo da escola, ou mesmo adaptação na própria sala de aula, com uso de copos descartáveis e proteção das carteiras escolares.	ASB/TSB/CD

Continua

Continuação

Atividade	Como fazer	Responsáveis
Aplicação de flúor gel com escova de dentes	Consiste na aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23%, durante quatro minutos. Recomenda-se aplicação semestral ou quadrimestral em grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, utilizando-se escova, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação. Pode ser realizada no bebedouro coletivo ou escovódromo da escola, ou mesmo em outros espaços, com uso de copos descartáveis. Cuidados devem ser tomados em função da idade e do risco de ingestão.	ASB/TSB/CD
Tratamento Restaurador Atraumático (TRA)	Os escolares com lesões cavitadas e indicação da técnica podem ser tratados na própria escola, com adaptação de um ambiente (laboratórios, biblioteca ou mesmo sala de aula) disponível, respeitando-se os princípios de biossegurança e ergonomia. Conforme necessidade dessa população e a critério do profissional, esta ação pode ser desenvolvida no âmbito escolar.	ASB/TSB/CD
Encaminhamento dos escolares que necessitam de tratamento odontológico	Os escolares que tiverem lesões cavitadas que não possibilitem a execução do TRA devem ser encaminhados para a UBS de referência da escola (estima-se que 20% a 25% das crianças apresentem cavitação, levando-se em conta a polarização da doença cárie). Podem ser estabelecidos critérios de prioridade para o agendamento. O tratamento odontológico deve ser iniciado pela remoção de focos de infecção, realizando exodontia quando não houver a possibilidade de tratamento endodôntico.	ASB/TSB/CD e direção do espaço escolar

Continua

Conclusão

Atividade	Como fazer	Responsáveis
Atividade para encerramento das ações coletivas e avaliação parcial do processo	Uma proposta de avaliação das atividades pode ser feita, como a solicitação de trabalhos individuais ou em grupos (ex.: elaboração de um trabalho final solicitado pelos professores, tais como desenhos, colagens, cartazes ou pesquisas em saúde). Deverá ser recolhido e devolvido para direção da escola como parte do relatório de encerramento do ano letivo.	ASB/TSB/CD e professores do espaço escolar
Consolidação dos dados relativos às ações coletivas	Para a coleta de dados da intervenção, serão utilizadas as planilhas, que deverão ser preenchidas mensalmente. Entretanto, um relatório com o resumo das atividades deve ser elaborado e entregue à direção da escola no final de cada ano letivo.	ASB/TSB/CD

Fonte: Adaptado de Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal – São Paulo – SP – 2015.

* Para mais informações sobre como registrar no e-SUS as ações desenvolvidas no PSE, acesse o *site*: <<http://dab.saude.gov.br>>.

6.1.2.2 *Atenção em saúde bucal para condições especiais e etapas da vida*

6.1.2.2.1 *Atenção à gestante e ao pré-natal*

A atenção à saúde bucal deve ser parte integrante do cuidado pré-natal, dado o reconhecido impacto dela na saúde geral. Melhorar a condição de saúde bucal durante a gravidez pode otimizar não somente a saúde geral da mulher, mas também contribuir na saúde do bebê (PROTOCOLO LONDRINA, 2009).

Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, torna-se fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir, ao menos, uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais, conforme as necessidades individuais da gestante.

Caso haja uma gestante no domicílio, a eSB deve saber se: ela está bem, se tem alguma queixa e se já realizou alguma consulta de pré-natal. Caso não esteja sendo acompanhada no pré-natal, orientá-la a buscar a UBS.

Para o atendimento das gestantes de alto risco, recomenda-se fazer avaliação conjunta do cirurgião-dentista e médico de família de referência da gestante e, caso necessário, solicitar exames específicos para garantir o atendimento seguro. O profissional também poderá acionar os profissionais do CEO para matriciamento ou consulta conjunta; ou, caso identificada a necessidade de cuidado especializado, realizar o encaminhamento para o centro.

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

A eBS é responsável pela segurança e pelos cuidados tanto com a mãe quanto com a saúde do feto e deve tomar as precauções necessárias no atendimento odontológico conforme o trimestre de gestação. Gestantes podem e devem ser atendidas na AB, devendo ser inseridas na rotina do pré-natal para receberem consultas regulares de manutenção, controle de possíveis focos de infecção, tratamento da gengivite, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território (Quadro 8).

- As gestantes podem ser atendidas em qualquer período gestacional; entretanto, o segundo trimestre é mais indicado por ser uma fase de maior estabilidade.
- As gestações consideradas de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada) devem ser referenciadas para o CEO ou Atenção Especializada Hospitalar.

O **primeiro trimestre** é o período da embriogênese no qual o feto é mais susceptível à influência teratogênica e ao aborto.

- Sempre que possível, postergar a intervenção odontológica para o segundo trimestre. Realizar profilaxia, tratamento periodontal, eliminar focos infecciosos e tratamentos restauradores.
- Avaliar sinais vitais.
- Atentar aos exames hematológicos e glicemia.

O **segundo trimestre** é o melhor período para o tratamento odontológico, podendo-se realizar:

- Profilaxia e tratamento periodontal.
- Procedimentos restauradores básicos.
- Endodontias.
- Cirurgias e exodontias, caso seja necessário.

No **terceiro trimestre**, o risco de síncope e hipertensão é maior devido à posição do feto, assim como as demandas cardiovasculares. Há maior risco de anemia, eclâmpsia e hipertensão.

- Realizar profilaxia, fluoroterapia e procedimentos restauradores básicos.
- Programar as grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas para depois do nascimento do bebê devido ao risco de estresse e bacteremia.

Quadro 8 – Esquema de intervenções odontológicas

Condutas
• Realizar anamnese e exame clínico visando buscar informações sobre possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante, elaborando o melhor plano de tratamento possível. • Avaliar sinais vitais antes do atendimento. • Evoluir no prontuário da paciente.
Medicações
• Anestésicos locais com vasoconstritores são considerados seguros. • A mais indicada é a lidocaína a 2%, com epinefrina 1:1000.000 – limite de 3,6 ml (2 tubetes) por sessão de atendimento. • A prilocaína está contraindicada. • Vasoconstritores como felipressina e oxitocina são contraindicados, pois podem levar a contrações uterinas. • Os analgésicos indicados são: paracetamol ou dipirona. • Os antibióticos indicados são: penicilina e cefalosporina. • Evitar anti-inflamatórios.

Fonte: Autoria própria.

Sugestão de organização do processo de trabalho em equipe

A equipe de saúde poderá organizar atividades educativas com a gestante, como grupos operativos. Estes podem auxiliar na desmistificação de alguns mitos quanto ao atendimento odontológico e esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes à consulta odontológica. O processo de trabalho da equipe deve ser organizado de forma a favorecer o acesso da gestante à consulta odontológica,

como a agenda compartilhada ou interconsulta. Lembrando que é importante não restringir o acesso à gestante somente a determinados horários/dias. O registro das consultas, além do prontuário clínico, deverá ser realizado na Caderneta da Gestante.

Leitura complementar



Saiba Mais:

Caderneta da Gestante, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf>.

6.1.2.2.2 Atenção à infância

Todas as crianças residentes na área de abrangência da UBS deverão ter atendimento odontológico priorizado e garantido.

As possíveis vias de acesso ao atendimento do bebê e das crianças são: puericultura, escola, vacinação, atendimento com outros profissionais, demanda espontânea, pastoral da criança, ACS etc. (Protocolo Londrina).

A saúde bucal de crianças de até 12 anos deve permear todos os espaços e ações das eSFs, uma vez que há clara necessidade de compartilhar o conhecimento com todos os membros da equipe (SANTOS, 2014; GOES et al., 2014). Essas ações devem ser voltadas para a promoção, a prevenção e a proteção da saúde bucal das crianças e para a identificação e o tratamento precoce dos problemas detectados. A identificação de risco e situações de vulnerabilidade à saúde bucal da criança permitirá à equipe a execução dessas ações, possibilitando o alcance e a manutenção da saúde bucal (BRASIL, 2004b).

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

Serão atendidas crianças desde o nascimento, com foco na prevenção das afecções bucais. De forma a facilitar os atendimentos, o CD deverá utilizar técnicas de manejo para melhorar a adaptação da criança ao atendimento odontológico. As técnicas recomendadas são mostrar-contar-fazer, controle de voz e reforço positivo.

Em casos complexos em que as técnicas de manejo não trazem os efeitos desejados e necessários, o profissional pode utilizar a terapia medicamentosa para auxílio nas consultas (Quadro 9).

Quadro 9 – Técnicas de manejo

- **Mostrar-contar-fazer:** utilizar linguagem compatível com grau de compreensão da criança, apresentar os materiais, familiarizá-la com o ambiente.
- **Controle de voz:** mudança abrupta no tom de voz; utilizar diferentes entonações para repreender a criança diante de atitudes erradas e também para parabenizar diante do bom comportamento.
- **Reforço positivo:** gratificações após a consulta, elogios, salientar o bom comportamento.

É sempre importante interagir com a criança durante o atendimento, respeitar o ritmo dela, perceber sinais de tensão, mostrar-lhe o controle da situação (sinal com a mão) e nunca deixá-la sair do consultório sem fazer procedimento algum, nem que seja só escovação.

Medicações para casos complexos em que as técnicas de manejo não trazem os efeitos desejados e necessários

A utilização de fármacos deve necessariamente estar associada às técnicas de manejo comportamental. O objetivo do uso é permitir que o profissional ofereça um atendimento odontológico mais apropriado às crianças que não colaboram.

Benzodiazepínicos recomendados para o uso em odontopediatria: diazepam e midazolam.

Diazepam – encontrado na forma de comprimidos de 5 mg e 10 mg e sua dose pediátrica fica entre 0,2 a 0,3 mg/kg (máximo de 20 mg).

Administrar por via oral, 45 a 60 minutos antes do procedimento.

Não deve ser usado com outros depressores do sistema nervoso central, como analgésicos e anti-histamínicos.

Midazolam – o midazolam (0,3 a 0,5 mg/kg de peso corporal, via oral) é outro fármaco de eleição para os casos supracitados, devendo ser administrado de 30 a 45 minutos antes do procedimento odontológico.

Fonte: Autoria própria.

Sugestão de atividades em equipe

Os profissionais da eSB podem realizar o primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e, em seguida, o exame clínico dos bebês), interconsulta (ex.: atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o cirurgião-dentista, ou de outros profissionais, caso tenha o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf) ou consulta sequencial programada (ex.: estipular o dia da consulta odontológica no mesmo dia e horário da consulta de acompanhamento médico e de Enfermagem). Uma planilha pode ser construída com toda a equipe para serem armazenadas as informações coletadas nas consultas pré-clínicas e, dessa forma, conduzir a um planejamento de ações mais efetivo e estratégico na definição de riscos e no tratamento adequado. O registro das consultas, além do prontuário clínico, deverá ser realizado na Caderneta da Criança.

Leitura complementar



Saiba Mais:

- *Caderno de Atenção Básica, nº 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>>
- *Caderneta da Criança*, disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/>>.

6.1.2.2.3 Atenção à adolescência

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2011 apontam que 30,33% da população brasileira correspondem a jovens. Eles são bastante vulneráveis e necessitam de cuidados e estratégias especiais de saúde, recaindo na detecção de agravos (psicossocial, biológico e familiar), tratamento adequado e reabilitação. As atividades básicas dirigidas aos adolescentes podem constituir um conjunto de ações prioritárias de promoção de saúde, sendo importante observar a motivação destes em relação ao autocuidado e à proteção (GOES et al., 2014).

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

Normalmente, o adolescente não procura a USF de forma espontânea. No entanto, necessidades odontológicas estéticas o motivam a procurar atendimento. Desta forma, é importante que a eSB acolha o adolescente, que busque a integração com a família, com a escola e com os demais membros da equipe multiprofissional da USF, com o objetivo de contribuir não só com a resolução das necessidades

odontológicas desse usuário, mas também com a integralidade da atenção prestada a essa importante parcela da população (LONDRINA, 2009).

O cuidado com o paciente adolescente na rotina clínica pressupõe critérios que devem ser seguidos a fim de que seja possível minimizar as necessidades de tratamento odontológico indiscriminado, voltado, muitas vezes, ao aspecto biológico. A abordagem do paciente adolescente deve ser conduzida, sobretudo, sob um olhar social e suas variações, antes mesmo de condicioná-lo ao tratamento clínico propriamente dito, pois tais observações podem modular o direcionamento e o sucesso da terapia (GOES et al., 2014).

Sugestão de atividades em equipe

A utilização de reuniões pré-clínicas com adolescentes na UBS ou em espaços sociais como escolas ou associações é de fundamental importância para alocar os problemas e desenhar um modelo estratégico de planejamento (Quadro 10).

Quadro 10 – Recomendações para as equipes de Saúde Bucal

- Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, esclarecer ao adolescente que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento.
- Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque articulação e integração com o conselho tutelar da região – órgão da sociedade responsável em zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente – e com a Promotoria da Infância e Juventude, de forma que possibilite a colaboração de seus integrantes na condução das questões excepcionais, de modo harmônico com os princípios éticos que regem esse atendimento.
- A premissa do acompanhamento pelos responsáveis para atendimento ao adolescente não tem respaldo legal, não havendo impedimento para a realização de procedimentos clínicos. Considerando as necessidades clínicas e de proteção à saúde, o horário de funcionamento dos serviços de saúde congruente com horário funcional de pais e responsáveis, a necessidade de múltiplas sessões para conclusão dos tratamentos e a expressa vontade do adolescente, recomenda-se que o profissional solicite acompanhamento de um responsável legal em pelo menos uma das consultas, para esclarecimentos.

Fonte: Autoria própria.



- *Estatuto da Criança e do Adolescente* – Lei nº 8.069, de 13/7/1990.
- *Caderneta do Adolescente*, disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/>>.

6.1.2.2.4 Atenção ao adulto

Em relação à abordagem do adulto, é indispensável que o profissional de saúde bucal detenha conhecimentos em relação ao seu território de atuação, população adstrita, unidade de saúde e recursos humanos disponíveis no seu local de trabalho (PALMIER et al., 2010; GOES et al., 2014). Ações coletivas voltadas ao público adulto dentro da atenção à saúde bucal são pouco frequentes. Isso se deve ao fato de o cirurgião-dentista ainda não ter encontrado métodos eficazes para realizar essa abordagem coletiva junto à população adulta que não está inserida nos grupos prioritários.

Considerações e cuidados clínico-odontológicos

O planejamento de ações para o paciente adulto deve considerar o âmbito socioepidemiológico, por ser um grupo em que o risco biológico muitas vezes já está instalado. Em geral, o adulto não recebeu ações de prevenção de doenças bucais enquanto criança, chegando aos serviços já afetado pela doença e necessitando de atendimento especial que contemple a cobertura de uma demanda altamente reprimida.

É um grupo que precisa de uma avaliação mais cuidadosa, tendo na determinação social fatores distais extremamente atuantes (desemprego, vida social e lazer, moradia, família e renda). Dessa forma, o paciente adulto pode estar sujeito à influência de fatores que podem gerar estresse emocional, dificuldades financeiras e falta de tempo.

Além disso, a maior parte dos problemas bucais, na maioria das vezes, não causa ameaça à vida, sendo compostos de processos agudos, geralmente espontâneos, mas prontamente tratáveis (GOES et al., 2014).

Assim, os problemas bucais, muitas vezes, não são tomados como fatores prioritários em virtude de uma problemática social e/ou de outras condições patológicas e crônicas mais sérias.

Sugestão de atividades em equipe

O planejamento pode ser feito da seguinte forma: realização de reuniões domiciliares para discussão e elaboração de documento que priorize uma demanda voltada aos principais agravos (cárie e doença periodontal), ressaltando a importância de métodos preventivos, como higiene oral e alimentação.



Saiba Mais:

- Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
- *Caderno de Atenção Básica, nº 40 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – O Cuidado da Pessoa Tabagista*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.
- *Caderno de Atenção Básica, nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.
- *Caderno de Atenção Básica, nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.

6.1.2.2.5 Atenção à saúde da pessoa idosa

Em 2014, a população de idosos no Brasil era de 20,6 milhões (10,8%). A expectativa é que, em 2060, o País tenha 58,4 milhões de pessoas idosas (26,7% do total).

Ainda há grande desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as especificidades do envelhecimento, o que impede a abordagem de procedimentos específicos que contemplem a necessidade real de tratamento para esses indivíduos.

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

Os principais agravos de saúde bucal que afetam os idosos são as perdas dentárias, cárie dentária, doença periodontal, xerostomia e lesões dos tecidos moles. Esses problemas produzem incapacidades, que nem sempre são percebidas como fatores que provocam perdas funcionais importantes.

Portanto, o envelhecimento populacional requer novos arranjos organizacionais de saúde, de forma a promover a longitudinalidade do cuidado numa abordagem interdisciplinar dos fatores comuns de risco. Vale destacar que a prestação de cuidados à saúde da pessoa idosa é necessariamente multiprofissional, tendo em vista a presença das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade do cuidado longitudinal.

Assim, a promoção da saúde bucal para idosos deve envolver especialmente as áreas de Educação, Nutrição, prevenção de câncer, controle do tabaco e do álcool, na perspectiva do curso de vida e dos fatores comuns de risco.

Os serviços deverão criar estratégias de educação permanente para alcançar os profissionais de saúde bucal e prepará-los para colocar em prática abordagens que levem em consideração a heterogeneidade do envelhecimento da população brasileira, a carga de doenças crônicas nesta população, a multimorbidade e os fatores comuns de risco.

Sugestão de atividades em equipe

Algumas ações podem ser executadas como realização de grupos de educação em saúde, abordagens sobre as doenças crônicas não transmissíveis, visita domiciliar, escovação dentária supervisionada, cuidados com a prótese dentária, acolhimento e consulta ambulatorial.



Saiba Mais:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/>>.

6.1.2.2.6 Atenção às doenças crônicas

Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) está definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg; e como pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Os hipertensos podem e devem ser atendidos na AB e receber consultas programadas de recuperação, manutenção, reabilitação, orientação de dieta, controle do biofilme dental e acompanhamento no território (Quadro 11).

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

- Agendar preferencialmente à tarde.
- Realizar a monitorização dos níveis pressóricos antes dos procedimentos.
- Evitar sessões longas e dolorosas, estresse e liberação de adrenalina endógena.
- Pacientes com indicação devem ser protegidos por profilaxia antibacteriana.
- Avaliar sempre o risco/benefício do procedimento odontológico para o paciente, assim como se é o momento adequado para tal.
- Pacientes cardiopatas devem ter todo e qualquer foco infeccioso bucal eliminado e/ou prevenido.

Quadro 11 – Esquemas de intervenções odontológicas

Pressão arterial sistêmica controlada: 140/90 mmHg e HAS leve: 140>160/90>105 mmHg
 Poderão ser realizados os procedimentos dos grupos I, II, III, IV, V e VI, adotando conduta normal, utilizando-se ou não técnicas de sedação.

A equipe de Saúde Bucal poderá realizar interconsulta com o médico clínico, caso julgue necessário.

Hipertensão arterial sistêmica moderada: 160>170/105>115 mmHg

Poderão ser realizados os procedimentos dos grupos I, II e III, adotando conduta normal e realizando interconsulta com o médico clínico.

Os procedimentos III e IV poderão ser realizados adotando-se conduta normal, interconsulta com o médico clínico e, se necessário, sedação e monitorização suplementar.

Para esses pacientes, estão contraindicados anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico.

Hipertensão arterial sistêmica grave: 170>190/115>125 mmHg

Poderão ser realizados os procedimentos do grupo I.

Os demais procedimentos deverão ser adiados.

Recomenda-se a realização de interconsulta com o médico clínico.

Para esses pacientes, estão contraindicados anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico.

Legenda

Tipos de procedimento odontológico:

- I – Exame, radiografias, instrução de higiene bucal, modelos de estudo.
- II – Restaurações simples, profilaxia supragengival, ortodontia.
- III – Restaurações mais complexas, raspagem, alisamento e polimento radicular (subgengival), endodontia.
- IV – Extrações simples, curetagem (gingivoplastia).
- V – Extrações múltiplas, cirurgia com retalho ou gengivectomia, extração de dente incluso, apicectomia, colocação de implantes simples.
- VI – Extrações de toda uma arcada ou boca inteira ou cirurgia com retalho, extração de dentes inclusos múltiplos, cirurgia ortognática, colocação de implantes múltiplos.

Fonte: (SONIS; FAZIO; FANG, 1996, adaptado).



Saiba Mais:

Caderno de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.

Diabetes

O termo “diabetes *mellitus*” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

O cuidado em saúde bucal para as pessoas com DM é fundamental para a manutenção dos níveis glicêmicos e deve contemplar orientação de dieta, controle do biofilme dental e acompanhamento no território pela equipe de saúde da UBS na busca pelo trabalho multiprofissional.

Pacientes bem controlados, sem complicações crônicas, com boa higiene bucal e acompanhamento médico regular podem ser tratados sem necessidade de cuidados especiais, uma vez que eles respondem de forma favorável e da mesma forma que não diabéticos (Quadro 12).

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

Para o manejo do paciente diabético, recomenda-se:

- Realizar adequada e rigorosa anamnese e exame clínico, visando conhecer o grau e o tipo de doença, assim como suas comorbidades. Atentar-se para os principais sinais e sintomas da DM: poliúria, polidipsia, polifagia, glicosúria e perda de peso.
- Solicitar exames complementares de imagem e laboratoriais, conforme o procedimento a ser realizado (se cruentos: exames hematológicos, como hemograma com plaquetas – variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas; coagulograma – tempo de protrombina ativada (TP), tempo de protrombina parcialmente ativada (TPPA) e índice de normalização internacional (INR); e glicemia de jejum).

- Realizar avaliação complementar da hemoglobina glicosilada (HbA1c).
- Evitar o atendimento prolongado.
- Em pacientes descontrolados, verificar a glicemia no momento da consulta e atentar-se aos sinais vitais durante todo o procedimento.
- Agendar, preferencialmente, pela manhã.
- Solicitar que o paciente compareça para consulta uma hora antes para medir a glicemia, podendo ser medicado, ou não, antes do procedimento.
- Reforçar a necessidade do uso do hipoglicemiante oral ou insulina, quando já utilizado.
- Instruir o paciente com DM quanto à necessidade de se alimentar e ingerir a medicação adequadamente antes da consulta odontológica, minimizando, assim, a chance de desenvolver processos hipoglicêmicos.
- Verificar sempre, antes de procedimentos odontológicos, os níveis de glicemia e sinais vitais.
- Considerar a maior suscetibilidade a infecções e doença periodontal.
- Nos casos de hipoglicemia, quando a pessoa estiver consciente, finalizar o atendimento.
- Posicionar o paciente confortavelmente na cadeira e oferecer um copo com água ou xícara de chá bem adoçado, uma bala ou, ainda, um bombom – correspondendo a cerca de 10 g a 20 g de carboidrato de absorção rápida, repetindo-se em 15 minutos, se necessário.
- Quando a pessoa estiver inconsciente, chamar imediatamente o serviço de urgência. A conduta será realizada pelo médico, que administrará, via IV, 20 ml a 50 ml de glicose a 50%.

Quadro 12 – Condutas de acordo com o risco

Baixo risco: nível de glicose em jejum < 200 mg/dl; assintomáticos:

- Podem ser realizados os procedimentos clínicos e cirúrgicos, tomando-se os cuidados indicados na conduta.

Risco moderado: nível de glicose em jejum 200 < 250 mg/dl; sintomas ocasionais:

- Pode-se realizar exame bucal, radiografia, orientações sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem, polimento subgengival e endodontia.
- Solicitar sempre a avaliação médica.
- Prescrever a profilaxia antibiótica (Anexo A).

Alto risco: nível de glicose em jejum algumas vezes > 250 mg/dl, sintomas frequentes, múltiplas complicações:

Se apresentar infecção dentária ativa:

- Executar procedimento odontológico de controle de forma mais simples possível.
- Podem ser realizados procedimentos clínicos não cirúrgicos.
- Procedimentos cirúrgicos menores exigem ajuste da dose de insulina pelo médico, se for o caso.
- Em cirurgias maiores, além do ajuste da insulina, estudar a possibilidade de internação.
- Prescrever a profilaxia antibiótica (Anexo A).

Se não houver infecção dentária ativa:

Adiar o tratamento até as condições metabólicas se equilibrarem, buscando, nesse período, o controle das infecções bucais.

- Deve-se ter cuidado especial com as doenças periodontais.
- Orientar para prevenção das doenças bucais – cárie e periodontite – por meio de escovação, uso de fio dental, bochechos fluorados e com clorexidina, alimentação rica em fibras e dieta hipocalórica.

Terapia medicamentosa

- Caso seja necessário, considerar o uso de tranquilizante ou sedação complementar para o tratamento odontológico de pacientes diabéticos descompensados.
- Em pacientes descompensados, é necessário instituir a profilaxia antibiótica prévia ao procedimento cirúrgico e na presença de infecções orais.
- Está contraindicado o uso de anestésicos com vasoconstritores adrenérgicos.
- Evitar a prescrição de anti-inflamatórios não esteroides e esteroides.
- Ao prescrever medicação, observar a presença de glicose na formulação da droga.

Fonte: Autoria própria.

**Saiba Mais:**

Caderno de Atenção Básica, nº 36 – Diabetes Mellitus, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.

Pacientes submetidos a tratamento oncológico e transplantes

A prevenção e o tratamento das complicações orais da terapia antineoplásica e de pacientes que vão passar por cirurgias de transplantes são importantes para aumentar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e os custos dos tratamentos. A equipe de Saúde Bucal é responsável pelo preparo e pelo acompanhamento, antes e após a terapia oncológica e transplante, desempenhando papel indispensável na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, devendo identificar e eliminar os focos de infecção na cavidade oral, procurando minimizar os riscos de complicações bucais durante o tratamento.

A avaliação odontológica deve ser realizada nas UBS previamente ao tratamento quimioterápico, radioterapia na região de cabeça e pescoço, aos transplantes e à terapia com anticorpos monoclonais ou bisfosfonatos, visando identificar e eliminar possíveis focos de infecção bucal.

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

Atuação da odontologia no preparo bucal pré-tratamento oncológico e para transplante (LUIZ et al., 2008; OSTERNE et al., 2008.):

- Realizar adequada e rigorosa anamnese e exame clínico visando conhecer o tipo de tratamento a ser realizado (quimioterapia, radioterapia, transplante), bem como o estado geral de saúde do paciente e suas condições gerais.
- Para pacientes portadores de neoplasias, observar e anotar a localização do tumor e o tipo de tratamento a ser realizado (quimioterapia e/ou radioterapia).
- Solicitar exames complementares de imagem (radiografia panorâmica visando à busca de possíveis focos infecciosos, demais exames de imagem conforme a necessidade individual do caso) e laboratoriais, de acordo com o procedimento a ser realizado (se cruentos: principalmente o hemograma com plaquetas – variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas; coagulograma – TP, TTPA e INR; e avaliação médica).
- Elaborar plano de tratamento visando eliminar possíveis focos de infecção bucal, atentando para o período e o tipo de tratamento a ser realizado.
- Verificar a necessidade de profilaxia antibiótica conforme a imunossupressão do paciente.

- Realizar os procedimentos odontológicos de acordo com os períodos do tratamento.
- Promover a adequação bucal, tratando das lesões de cáries e doença periodontal ativas, reduzindo a contaminação bucal e controlando os possíveis focos infecciosos.
- Instituir processo educativo/preventivo para controle do biofilme, controle da dieta; e reforçar o autocuidado do paciente, estimulando à mudança de hábitos quando necessário.
- Evitar desconfortos (dor, halitose etc.).
- Remover fatores retentivos de placa e irritativos à mucosa (aparelhos ortodônticos, regularizar bordos agudos de restaurações, ajustar próteses dentárias).
- Realizar exodontia ou endodontia de dentes comprometidos com lesões periapicais, com periodontite avançada e lesões de cáries profundas.
- O tratamento odontológico, em alguns casos de pacientes que serão submetidos à radioterapia na região da cabeça e do pescoço, será menos conservador, visando reduzir infecções de origem dentária durante e após o tratamento oncológico (na dúvida, sugere-se extrair dentes com patologia apical, doença periodontal agressiva, dentes retidos). A indicação para exodontia restringe-se aos dentes comprometidos ou com focos reais de infecção.
- Casos complexos ou de osteonecrose devem ser referenciados para CEO ou Atenção Especializada Hospitalar.
- As intervenções odontológicas em pacientes com câncer ou que sofrerão transplantes devem ser precedidas de contato com o médico do paciente, quando será discutida a situação sistêmica geral, a necessidade de profilaxia antibiótica e de ajuste de dose de medicamentos, caso exista a necessidade de procedimentos cruentos.



Caderno de Atenção Básica, nº 36 – Diabetes Mellitus, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.

6.1.2.2.7 Atenção aos pacientes com HIV/aids e hepatites virais

HIV/aids

A síndrome da imunodeficiência adquirida (sida; em inglês: *acquired immunodeficiency syndrome* – aids) é uma doença causada após a infecção do organismo humano pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês: *human immunodeficiency virus*). A aids é a manifestação clínica avançada da infecção pelos vírus HIV, levando a uma imunossupressão progressiva, resultando em maior suscetibilidade a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações neurológicas. Os sinais clínicos da aids podem iniciar pela cavidade oral e estruturas adjacentes; portanto, os cirurgiões-dentistas têm papel fundamental na identificação de manifestações e nos cuidados bucais. Vale ressaltar que todos os pacientes devem ser tratados dentro das normas de biossegurança, minimizando os riscos de contaminação do cirurgião-dentista, da equipe auxiliar, do paciente e de pessoas de convívio rotineiro, independentemente do conhecimento prévio da sorologia para o HIV/aids.

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

O portador de HIV pode e deve ser atendido na AB. Apenas deve ser encaminhado para os centros odontológicos especializados quando apresentar complicações sistêmicas avançadas, necessidade de encaminhamento para exames de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades como endodontia, prótese etc. (Quadro 13).

Na abordagem do paciente que convive com HIV/aids, deve-se:

- Realizar anamnese e exame clínico, visando conhecer a história clínica, atual. Avaliar o estado imunológico dos pacientes (modificações no tratamento odontológico devem considerar a situação clínica).
- Solicitar exames complementares de imagem (preferencialmente, radiografia panorâmica para avaliação da situação bucal e presença de focos infecciosos) e laboratoriais, conforme o procedimento a ser realizado (se cruentos: hemograma com plaquetas – variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas; coagulograma – TP, TTPA e INR; contagem de CD4 e avaliação médica por escrito ou por telefone).

- Procedimentos cruentos devem considerar os resultados dos exames laboratoriais e só devem ser realizados se houver possibilidade de terapia de suporte para o controle de infecções e hemorragias. É recomendável o contato com o médico infectologista.
- Procedimentos não cruentos devem ser realizados normalmente.
- Considerar as condições sistêmicas e a necessidade de profilaxia antibiótica.
- Prevenir e tratar as lesões estomatológicas (infecções oportunistas, doença periodontal, lesões de tecidos moles, neoplasias) e controlar os efeitos das medicações (xerostomia).
- Elaborar o plano de tratamento realizando os procedimentos odontológicos de forma segura, de acordo com cada técnica.

Quadro 13 – Terapia medicamentosa

Considerar a necessidade de profilaxia antibiótica quando realizar procedimentos com risco de bacteremia e conforme a contagem de CD4:

- Maior que 500 células/ μ l: pode-se realizar o procedimento odontológico convencional. A profilaxia antibiótica é indicada somente nos casos de risco de endocardite bacteriana.
- Menor que 500 células/ μ l: representa significativo comprometimento imunológico.
- Menor que 200 células/ μ l: significa grave comprometimento imunológico.

Acidente perfurocortante

- A ferida deve ser limpa com água corrente abundante e sabão.
- Quando houver contato com mucosa, conjuntiva ocular, nariz ou boca, lavar intensamente com água ou soro fisiológico.
- Não dispensar o paciente, que deverá acompanhar o acidentado à unidade de referência.
- O indivíduo que sofreu a lesão deve se submeter imediatamente a um teste anti-HIV e novamente entre seis ou oito semanas após a exposição.
- Se o exame do paciente confirmar ser HIV+, o profissional também deverá receber um tratamento profilático para HIV

Fonte: Autoria própria.

Manifestações bucais encontradas mais frequentemente em pacientes soropositivos e com aids

- Candidíase (em suas diversas apresentações clínicas).
- Doenças periodontais (geralmente de progressão mais rápida, principalmente em indivíduos que não estão recebendo terapia antirretroviral e/ou antimicrobiana).
- Leucoplasia pilosa.
- Sarcoma de Kaposi.
- Infecção pelo herpes simples.

Todos os pacientes soropositivos para o HIV ou com aids devem ser avaliados rotineiramente com consultas de manutenção trimestrais para controle de possíveis focos de infecção e de lesões intrabuciais, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território.

O plano de tratamento deverá estar de acordo com a história médica do paciente.



Saiba Mais:

Caderno de Atenção Básica – HIV/aids, hepatites e outras DST, disponível em:
<<http://dab.saude.gov.br>>.

Hepatites virais

Hepatite significa inflamação do fígado, sendo as hepatites virais as mais frequentes e causadas pelos vírus hepatotrópicos mais comuns: A, B, C, D, E, F e G. Pode ser causada também por álcool, medicamentos, reação autoimune, doenças metabólicas e infecciosas não virais (bactérias, protozoários, helmintos).

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

Na abordagem do paciente portador de hepatite viral, deve-se:

- Realizar anamnese e adequado exame clínico atentando para os principais sinais e sintomas das hepatites e a repercussão bucal de seu tratamento.
- Durante o exame clínico, dar atenção especial a manifestações associadas à hepatite, como líquen plano e sialodênite.

- Solicitar os exames complementares de imagem e laboratoriais, conforme o procedimento a ser realizado (se cruentos: principalmente o hemograma com plaquetas – variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas; coagulograma – TP, TTPA e INR; e avaliação médica).
- Entrar em contato com o médico para o conhecimento do estado geral de saúde e do dano hepático do paciente.
- Considerar a necessidade de preparo e cuidados em relação à coagulação sanguínea e profilaxia antibiótica.
- Para aqueles com hepatites virais crônicas, considerar o grau de comprometimento hepático.
- Fígado sem cirrose e sem alterações de coagulação: realizar os procedimentos odontológicos normalmente.
- Na presença de doença hepática avançada ou com cirrose hepática, histórico de peritonite bacteriana espontânea, ascite ou condições clínicas que possam se deteriorar após procedimentos invasivos, deve-se realizar a profilaxia antibiótica antes de procedimentos odontológicos cruentos.
- Como em qualquer situação clínica no ambiente odontológico, deste ou de qualquer outro paciente não portador de doença infecciosa, os protocolos gerais de biossegurança devem ser seguidos rigorosamente.
- Sempre que possível, postergar o tratamento odontológico eletivo de pacientes com hepatites virais agudas.
- Para adequação bucal em pacientes pré-transplante e transplantados hepáticos, seguir recomendações do Quadro 47.
- Evitar o atendimento prolongado e com múltiplas e complexas intervenções cruentas.
- Realizar os procedimentos odontológicos de acordo com cada técnica, cuidados e materiais para controle de sangramento e contaminação.
- Elaborar do plano de tratamento odontológico.
- Atentar para as possíveis repercussões bucais, gerais e emocionais dos tratamentos da hepatite que podem interferir nos cuidados odontológicos.

Obs.: Evitar fármacos com grande potencial hepatotóxico, como acetaminofeno, paracetamol, ácido acetilsalicílico (AAS), azitromicina.



Manual ABCDE das Hepatites Virais para Cirurgiões-Dentistas, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS.

6.1.2.2.8 Atenção à pessoa com deficiência

Na Odontologia, é considerado **paciente com necessidade especial** todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento etc. Esse conceito é amplo, abrangendo também as **pessoas com deficiência**.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU definiu que a pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

O acesso da pessoa com deficiência ao SUS deve acontecer como ocorre para todo e qualquer paciente, ou seja, por meio da AB. Para tanto, os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da Atenção Básica, considerada um campo importante na ótica da inclusão e dos direitos de cidadania da pessoa com deficiência (OTHERO; DALMASO, 2009) e, por meio da Estratégia Saúde da Família, realizar uma busca criteriosa desses usuários, visando cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento.

Para promover atendimento integral e resolutivo às pessoas com deficiência que necessitem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde bucal pelo SUS, a eSB deve estar adequadamente capacitada para acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar os pacientes para unidades de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, para os casos de maior complexidade e para os que necessitem de atendimento sob anestesia geral, e outras estruturas da rede quando for necessário. Porém, destaca-se que o paciente deve ser contrarreferenciado para a AB para manutenção da saúde bucal, controle da dieta e acompanhamento no território.

Sugestão de atividade em equipe

Para atenção em saúde e melhor conhecimento da realidade de cada região, é importante a busca ativa, no domicílio e na escola, além da integração e do contato entre as diferentes equipes de saúde e educação que acompanham estes usuários. A priorização dos atendimentos a esta população, a educação em saúde do sujeito e seus cuidadores (se necessário) estabelecem condições para o sucesso da abordagem dos cuidados em saúde. A participação da família ou do cuidador do usuário, quando este necessitar de apoio, auxilia o sucesso do tratamento. Se existir um bom acolhimento, as particularidades dos usuários forem respeitadas e o vínculo profissionais-pacientes for estabelecido, o atendimento clínico-odontológico poderá ser efetuado da forma clínica utilizada para os demais pacientes.

Deficiência Auditiva



Saiba Mais:

Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>.

Os deficientes auditivos podem, e devem em sua totalidade, ser atendidos na Atenção Básica. Não há especificidades que o distingua de um paciente que não possua essa deficiência. O essencial é encontrar uma forma de comunicação para o estabelecimento de vínculo e relação positiva.

Abordagem de pacientes com deficiência auditiva

Caracteriza-se pela perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis:

- 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve.
- 41 a 55 db – surdez moderada.
- 56 a 70 db – surdez acentuada.
- 71 a 90 db – surdez severa.
- Acima de 91 db – surdez profunda.
- Anacusia.

- Quando a comunicação pela Língua Brasileira de Sinais (Libras) não for possível, pode-se utilizar escrita, desenho, gestos e mímicas.
- A expressão do rosto e a corporal fazem parte da comunicação.
- O profissional deverá manter-se sempre de frente para a pessoa com deficiência auditiva, sem máscara, quando for se comunicar.
- Muitos deficientes auditivos têm a habilidade da leitura labial. A fala deve ser natural, de maneira clara e com o olhar voltado ao sujeito.
- Geralmente, vêm acompanhados por cuidadores, familiares ou intérpretes, que podem auxiliar na comunicação. Porém, os profissionais devem se dirigir sempre a eles, não ao intérprete.
- A educação em saúde e o tratamento preventivo são importantes e pode-se utilizar materiais apropriados, em Libras ou em linguagem escrita, para facilitar a comunicação.
- Para o atendimento odontológico ocorrer de forma tranquila, é importante esclarecer previamente o que será necessário, como funcionam os equipamentos e como será o seu tratamento.
- Todos os instrumentos deverão ser demoradamente mostrados.
- O deficiente auditivo tem como forte maneira de percepção do ambiente as vibrações e, por isso, percebe com mais intensidade as vibrações táteis. É, portanto, necessário que o tratamento odontológico se guie pelas vibrações.
- O aparelho de alta e, principalmente, o de baixa rotação têm forte vibração e muitas vezes é muito difícil para o sujeito surdo suportar esta vibração, uma vez que tem esta percepção mais aguçada.
- Antes de iniciar qualquer intervenção, sugere-se acostumá-lo à vibração do motor. Pode-se convidar o sujeito para tocar e deixar que sinta suas vibrações com contato colocando em: mão, unha, rosto e, só finalmente, no dente.
- Os procedimentos odontológicos devem ser detalhados de forma clara e cada colocação de jatos de ar e água ou introdução de instrumentos, de alta e baixa rotação, devem ser avisadas.

Deficiência física

Deficiência física é considerada como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. Apresenta-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

A quase totalidade desses usuários constitui uma clientela com necessidade de atendimento perfeitamente solucionável no âmbito da AB; portanto, faz-se necessário que as UBS estejam adaptadas, tenham acessibilidade e equipes capacitadas.

Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo devem ser encaminhados para o Centro Especializado em Odontologia (CEO), que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral ou sedação. A preservação do tratamento deve ser realizada na AB, sempre que possível.

Abordagem do paciente com deficiência física

- Realizar adequada e rigorosa anamnese e exame clínico, visando conhecer as potencialidades e deficiências de cada pessoa.
- Encontrar uma forma de comunicação para o estabelecimento de vínculo e relação positiva.
- Oferecer conforto com bom posicionamento na cadeira odontológica, conforme conduta a seguir.
- Preferencialmente, manter a presença dos cuidadores.

Posicionamento na cadeira odontológica

- Realizar os procedimentos de forma mais adequada e ergonômica. Preferencialmente, devemos atender os pacientes na cadeira odontológica.
- Nos casos de pessoas com deficiência física que não conseguirem se posicionar sozinhas, auxiliá-las ou solicitar apoio dos cuidadores.
- Algumas deficiências físicas e distúrbios neuropsicomotores, principalmente nos casos de paralisia cerebral, terão seu atendimento em melhores condições quando posicionados adequadamente na cadeira odontológica com auxílio de almofadas e apoios.

- O posicionador em forma de cunha promove a redução do ângulo do quadril em relação ao tronco (ângulo coxofemural), trazendo apoio e maior conforto (Figura 11). Podem ser utilizados, também, rolos, ou “calça da vovó” (calças preenchidas com sacos plásticos, espumas ou plástico bolha e costuradas na altura da cintura e bocas das pernas), conforme imagem (figuras 12 e 13).
- Pessoas com movimentos e reflexos involuntários têm esta condição exacerbada quando na posição semideitada, que normalmente é utilizada no atendimento clínico odontológico. O alinhamento vertical minimiza os reflexos. Ao posicionar o sujeito de maneira que a cavidade bucal esteja alinhada com os ombros e a cintura escapular, consegue-se maior relaxamento muscular sobre as funções orofaciais.
- A cabeça deve ser posicionada em linha média, com o apoio em espuma colocado em nível occipital e mantida pela mão de uma pessoa auxiliar.
- O melhor posicionamento do paciente na cadeira odontológica proporciona também melhor ergonomia para os profissionais, facilita a visualização do campo operatório, reduz o esforço em mantê-lo na posição, o número de reflexos involuntários, o número de pessoas envolvidas na estabilização e o tempo de atendimento.
- Condicionar e estabelecer vínculo.
- Realizar os procedimentos necessários com ênfase na promoção de saúde.



Figura 11 - Posicionamento na cadeira odontológica com auxílio de apoio

Fonte: Autoria própria.



Figura 12 - Posicionador em forma de cunha

Fonte: Autoria própria.



Figura 13 - Posicionamento na cadeira odontológica para alinhamento vertical.

Fonte: Autoria própria.

Deficiência visual

A deficiência visual é definida quando o indivíduo apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações.

Abordagem do paciente com deficiência visual

Os deficientes visuais podem e devem em sua totalidade ser atendidos na Atenção Básica, nas unidades básicas de saúde. A eSB deve estar atenta para algumas especificidades no atendimento, tais como:

- Devem ser perguntados na anamnese a causa e o grau da deficiência, assim com o período em que a deficiência visual se instalou, pois aquelas pessoas que nunca enxergaram não têm conceitos visuais, necessitando de explicações mais detalhadas.
- Adequado acolhimento pela equipe odontológica, que deve conversar e esclarecer as pessoas com deficiência visual, de maneira clara e detalhada, sobre como estão posicionados os equipamentos, a cadeira odontológica e o modo do seu tratamento.
- Perguntar se querem ajuda para a locomoção e o reconhecimento do ambiente.
- Permitir e incentivar que toquem nos objetos e nas pessoas, ajudando a sua percepção. O contato físico, como o toque, o abraço e o aperto de mão, traz maior proximidade com os profissionais e permite melhor percepção de como é o profissional que irá atendê-los.
- Para o posicionamento na cadeira odontológica, a mão da pessoa deve ser colocada no encosto, indicando o local do assento, permitindo que ela a explore até localizá-lo.
- Os procedimentos odontológicos devem ser detalhados de forma clara e o paciente deve ser avisado conforme são executados (jato de ar, introdução de instrumentos, utilização de alta e baixa rotação, entre outros).
- Fazer o paciente perceber, na mão, a vibração ou as sensações desses equipamentos previamente.
- Após condicionamento e estabelecimento de vínculo, realizar os procedimentos necessários com ênfase na promoção de saúde.
- A sensação da anestesia deve ser explicada antes e, no momento da aplicação, ser avisada.
- Alguns materiais podem ser cheirados ou saboreados previamente ao uso.
- O próprio sujeito pode, e deve, realizar os cuidados com sua saúde bucal, e o estímulo para isso vem da equipe de Saúde Bucal.



Atenção!

- Para que os deficientes visuais melhorem seu autocuidado bucal, os métodos de educação em saúde serão adequados a esta deficiência. As orientações sobre os cuidados bucais priorizarão a exploração dos outros sentidos com o uso de material ilustrativo em alto relevo, material de áudio e folhetos em braile para complementar as informações verbais.
- Além de material educativo apropriado, a escovação deve ser orientada na boca, fazendo que ele perceba, com o toque direcionado pelo profissional, onde são os locais de acúmulo do biofilme, onde é a margem gengival e de que forma deve posicionar a escova. Avaliar sua habilidade motora e motivá-lo para que realize controle mecânico da placa rotineiramente e de maneira correta é um processo constante e deverá ocorrer em todas as consultas. O dentífrício pode ser colocado em seu dedo para que ele perceba a quantidade correta a ser utilizada. Os cuidadores deverão ser orientados sobre os cuidados em saúde bucal do paciente.

6.1.2.2.9 Atenção ao câncer de boca

Em geral, o diagnóstico do câncer de boca é tardio, o que compromete o prognóstico e a sobrevida. O prognóstico diminui com a doença avançada e com a demora no diagnóstico. Os pacientes geralmente demoram a procurar aconselhamento profissional, em média, por períodos de até três meses depois de ter conhecimento de qualquer sintoma oral que poderia estar ligado ao câncer oral. Assim, o diagnóstico precoce é o meio mais eficaz de que se dispõe para melhorar o prognóstico do câncer e, conseqüentemente, aumentar a taxa de sobrevida.

Para Johnson et al. (2011), o câncer oral é uma doença dos pobres e excluídos, e a redução das desigualdades sociais requer políticas nacionais coordenadas e iniciativas sociais, especialmente pela abordagem aos comuns fatores de risco: controle do ambiente; água potável; alimentação adequada, educação pública e profissional sobre sinais e sintomas precoces, diagnóstico e intervenção precoces, tratamentos baseados em evidências e adequados aos recursos disponíveis; reabilitação e cuidados paliativos.

Para os pacientes com câncer de boca, o sistema de saúde pode oferecer ações combinadas com outros profissionais para enfrentar fatores de risco como tabagismo e etilismo, ações de rastreamento utilizando a equipe multiprofissional e diagnóstico a qualquer tempo. Após o diagnóstico e o encaminhamento para o oncologista, o cuidado com esses pacientes envolve a adequação do meio bucal, válido como preparo para todo tipo de terapia oncológica. O preparo odontológico do paciente que irá se submeter à oncoterapia tem como objetivo principal, segundo Thelin et al. (2008), eliminar ou minimizar a infecção presente. Os pacientes com câncer de boca, em geral, apresentam dentes irrecuperáveis, raízes residuais, dentes inclusos,

uso de próteses, alterações periodontais, cáries, candidíase e xerostomia. Pacientes portadores de carcinomas espinocelulares em cabeça e pescoço necessitam receber tratamento odontológico antes da radioterapia. Mesmo pacientes que visitam regularmente consultórios odontológicos requerem especial atenção, incluindo profilaxias e tratamentos curativos.

O benefício de uma abordagem por equipe multidisciplinar (MDT) para avaliar, diagnosticar e gerenciar pacientes com câncer de cabeça e pescoço é amplamente reconhecido e, como tal, todos os pacientes com câncer de cabeça e pescoço devem ser geridos neste ambiente.

Considerações e cuidados clínicos odontológicos

A abordagem antes do tratamento oncológico inclui considerações sobre o diagnóstico, prognóstico, plano de tratamento proposto, fatores individuais que possam interferir no atendimento e nas doenças bucais preexistentes. O tratamento imediato inclui as extrações de dentes irrestauráveis ou com doença periodontal avançada, independentemente do campo a ser irradiado. Todos os dentes saudáveis, bem como os impactados sem patologias, são deixados *in situ*.

O registro do diagnóstico de câncer deve incluir o tipo de tumor e o estadiamento, a localização dentro da cavidade oral e o envolvimento de estruturas adjacentes.

O registro do tratamento oncológico proposto inclui a dose de radiação, ou o tipo de cirurgia ou quimioterapia. As áreas específicas que receberem doses com mais de 60 Grays devem ser sinalizadas como maior risco de complicações, especialmente se as glândulas salivares maiores estiverem incluídas.

A história médica e dentária completa deve ser tomada, como com todos os pacientes.

O paciente deve ser avaliado para saber se eles são capazes de gerir um regime de higiene bucal adequado. A motivação é de suma importância, mas difícil de avaliar.

Finalmente, a cavidade oral em si deve ser examinada e obtidas imagens radiográficas relevantes, tais como bitewings e periapicais, caso indicadas. Se o paciente usa dentaduras, deve ser aconselhado a evitar usá-las até que o tratamento oncológico tenha terminado.

O que fazer no período pré-radioterapia

Os objetivos gerais do atendimento odontológico são os mesmos para pacientes com câncer e não portadores de câncer: melhorar a função ou a estética. No entanto, há diferenças. O intervalo de tempo entre a decisão de tratar e o início da radioterapia é muitas vezes curto, ou seja, o tratamento deve ser imediato. Em segundo lugar, pacientes com câncer de boca têm alta prevalência de doença bucais.

A adequação do meio bucal deve ser realizada antes da radioterapia. Se o tempo não permitir restauração definitiva, pode-se fazer restauração provisória com cimento de ionômero de vidro. A presença de cúspides cortantes ou restaurações pode causar trauma considerável. Isso pode ser evitado com simples alisamento ou reparo.

A extração de dentes pré-radioterapia é um tópico controverso, mas é possível seguir os critérios para decidir sobre a extração: dentes não restauráveis, com cárie extensa, com grandes restaurações, com significativa perda de inserção periodontal (bolsas > 5 mm).

A avaliação pré-tratamento completo e o manejo adequado das condições dentárias deveriam idealmente prevenir emergências odontológicas durante a radioterapia.

Após a radiação, alterações microbianas e químicas resultam em mudanças no meio bucal, tornando-o mais vulnerável a doenças bucais. Mais da metade de todos os pacientes irá demonstrar deterioração dental ao longo do tempo. A cárie por radiação ocorre em locais diferentes do que na cárie dental comum. Os locais mais afetados pós-radioterapia são as superfícies vestibulares, cervicais, cúspide e incisivos. O uso de flúor reduz drasticamente o risco de cárie dental e a prescrição de fluoreto deve ser utilizada pelo menos uma vez por dia. Técnicas preventivas adicionais incluem medidas de higiene dental, escovação, uso do fio dental e avaliação da xerostomia.

A restauração de cárie de radiação pode ser desafiante e agravada pelo acesso limitado devido ao trismo. O dentista deve considerar esses desafios ao selecionar materiais restauradores, que devem ter propriedades como adesão à estrutura dentária, durabilidade, estética aceitável e facilidade de manuseio. Nenhum dos materiais atualmente disponíveis atende a esse padrão.

O acompanhamento do paciente deve ser realizado por um especialista em oncologia de cabeça e pescoço, em unidades tipo Cacon ou Unacon, por exemplo. O dentista generalista deve conhecer as necessidades de tratamento odontológico de pacientes irradiados e ser capaz de realizar procedimentos de adequação do meio, antes da oncoterapia. O acompanhamento, do ponto de vista odontológico, deve ser a cada três meses. Isso assegura que a promoção de saúde seja reforçada e que quaisquer problemas dentários possam ser resolvidos precocemente. A higiene oral do paciente deve ser avaliada, e todas as oportunidades para a educação devem ser aproveitadas. Finalmente, é de grande valor para o resto da equipe receber cartas detalhando as consultas odontológicas do paciente e opiniões do dentista.

De acordo com Beech e col. (2014), o cuidado com o paciente com câncer na rotina clínica pressupõe critérios que devem ser seguidos a fim de que seja possível minimizar as sequelas do tratamento oncológico, ou mesmo tratá-las, quando possível. A abordagem do paciente com câncer deve ser conduzida, sobretudo, sob um olhar social de forma a atender não apenas o paciente, mas também sua família.

Sugestão de atividades em equipe

A utilização de reuniões na UBS ou em espaços sociais, como escolas ou associações, é de fundamental importância para enfrentamento conjunto de um dos principais fatores de riscos para o câncer de boca.



Saiba Mais:

Boletim ano 5, nº 3 setembro/dezembro de 2014. Instituto Nacional de Câncer
José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde.

6.1.2.3 Ações de recuperação e reabilitação

6.1.2.3.1 Dentística restauradora

Os cidadãos que apresentarem atividade cariiosa deverão primeiramente ser instruídos sobre a importância do cuidado com a higiene bucal e, conseqüentemente, receber orientações acerca da melhor maneira para realizá-la de forma autônoma em seu domicílio. Outra questão importante é que se recomenda aplicação tópica de flúor (ATF) naqueles que apresentarem atividade de cárie, utilizando gel de flúor-fosfato acidulado (FFA), com 1,23% de fluoreto ou flúor neutro, durante, no mínimo, um minuto, por meio de uma aplicação por semana, durante quatro consultas consecutivas, simultaneamente à escovação com dentífrico fluoretado, diariamente realizada pela própria pessoa. A frequência das aplicações é mais importante que o tempo de aplicação em cada consulta.

Não há necessidade de se utilizar aplicação tópica de flúor em alta concentração de forma preventiva em pacientes hígidos, visto que o tecido dentário cariado é muito mais reativo ao flúor do que o esmalte hígido, incorporando mais íons fluoreto à sua estrutura e formando maior reservatório de fluoreto de cálcio em aplicações de flúor em alta concentração. Para pacientes sem atividade de cárie, é suficiente a instrução de higiene com escovação e o uso de dentífrico fluoretado para prevenção e controle de lesões incipientes.

A aplicação tópica de flúor de forma preventiva (semestral ou quadrimestralmente) está indicada apenas a pacientes considerados de alto risco, ou seja, aqueles que apresentem pelo menos uma destas condições:

- Sem exposição à água de abastecimento fluoretada.
- Com exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F).
- Cujo CPOD médio for maior que 3 aos 12 anos de idade.
- Com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentífricos fluoretados.

Quando houver cavitação, a cárie deverá ser removida e a cavidade deverá ser restaurada diretamente com o auxílio dos materiais restauradores disponíveis (resina fotopolimerizável, amálgama e/ou cimento ionômero de vidro). Se, no momento da remoção da cárie, houver o risco iminente de exposição pulpar e a polpa apresentar sinais de vitalidade (sensibilidade à dor provocada e resposta positiva ao teste de sensibilidade), pode-se lançar mão da remoção parcial de tecido cariado e consequente restauração com os materiais supracitados.

O procedimento de remoção parcial de tecido cariado visa à retirada da camada mais superficial de dentina (dentina infectada), que apresenta consistência amolecida e coloração amarelo-clara, sendo facilmente removida com instrumentos manuais e/ou rotatórios (baixa rotação). No entanto, abaixo desta camada, deve permanecer uma dentina mais endurecida e com maior escurecimento (dentina afetada ou contaminada), que é passível de remineralização. É obrigatório que todas as paredes circundantes da cavidade estejam livres de cárie, a fim de possibilitar adequada adesão do material restaurador e garantir o sucesso do procedimento. Após a remoção parcial, deverá ser aplicada sobre a dentina remanescente uma camada de cimento de hidróxido de cálcio ou cimento de ionômero de vidro e restauração definitiva com resina composta e/ou amálgama.

É possível realizar o procedimento denominado capeamento pulpar indireto, em que, sem a exposição de tecido pulpar em cavidades profundas (com remoção total ou parcial de tecido cariado) e com o risco de exposição, recobre-se o fundo da parede pulpar com materiais que promoverão forramento da cavidade, estimularão a produção de dentina reparadora e diminuirão os sintomas de sensibilidade após o procedimento. O hidróxido de cálcio em pasta é o material mais indicado nesses casos. Desse modo, objetiva-se diminuir a superfície de contato da dentina da parede pulpar com o ataque ácido e o condicionamento do preparo cavitário, diminuindo as chances de agressão ao tecido pulpar e, conseqüentemente, a possível hiperemia e/ou pulpite.

Em casos de exposição pulpar acidental em ambientes sem a presença de tecido cariado infectado/necrótico e quando houver tecido pulpar saudável (sem sintomatologia dolorosa espontânea, sangramento de cor vermelho-viva, de textura consistente e passível de hemostasia), é possível conduzir o ato clínico de forma conservadora.

Tratamento Restaurador Atraumático

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) foi introduzido na década de 1980 por Jo E. Frencken, como parte de um programa de saúde bucal na Tanzânia (NUNES et al., 2003). Em 1994, este método foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para programas de saúde pública (GARBIN et al., 2008).

É uma técnica simples, pois utiliza somente instrumentos manuais na remoção de tecido cariado e posterior restauração com cimento de ionômero de vidro. Dispensa o uso de equipamentos odontológicos tradicionais, minimiza o uso de anestesia

local, reduz o grau de desconforto, aumenta as chances de intervenção precoce e de preservação das estruturas dentárias afetadas. É importante que o TRA esteja associado a programas preventivos e de educação em saúde bucal para que os fatores associados à cárie sejam controlados (LIMA et al., 2008). O fato de o TRA ser uma estratégia efetiva e de baixo custo o constitui numa alternativa viável para tratamento de cárie dentária em Saúde Coletiva, pois permite realizar maior número de atendimentos com eficiência e agilidade, promovendo diminuição da demanda reprimida com necessidade de tratamento.

Por não necessitar de equipamento odontológico convencional, o TRA tem sido utilizado em Odontopediatria como estratégia de controle de cárie dentária e adaptação infantil ao tratamento; e em Odontogeriatrica para atendimento de acamados em atendimentos domiciliares ou instituições de longa permanência para idosos.

Para sua execução fora do consultório odontológico, é importante que seja considerada a adaptação do ambiente. Para espaços escolares, é possível fazer uso de mesas, carteiras escolares e colchonetes, de forma a criar uma “maca” que gere conforto ao estudante e permita ao profissional a atuação, respeitando os princípios de ergonomia (posicionamento em 11 ou 12 horas). No caso de atendimentos domiciliares ou instituições de longa permanência, pode-se utilizar a própria cama para conforto do indivíduo e identificar o melhor posicionamento para o profissional (em pé ou sentado).

Conforme *Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria* (ABO, 2009), a técnica operatória é realizada sem anestesia e com isolamento relativo. Muita atenção deve ser dada à manutenção do isolamento do campo de trabalho com rolos de algodão. Após a limpeza do hemiarco, faz-se a remoção de todo o tecido cariado das paredes circundantes, utilizando-se instrumentos manual e rotatório (este último, no caso de ART modificado, para ampliar a abertura de lesões socavadas e melhorar a retenção da restauração). Todo o tecido desmineralizado deve ser removido das paredes circundantes. Nas lesões superficiais e médias de dentina, o máximo de tecido desmineralizado da parede pulpar pode ser removido com instrumento manual. No entanto, em lesões profundas, ou seja, que atingem o terço interno da espessura da dentina, faz-se com cureta a remoção do tecido dentinário superficial amolecido, amorfo, insensível à instrumentação, até que se encontre uma dentina mais resistente, normalmente removida em lascas ou escamas. Esta camada deve ser mantida e o condicionamento com ácido poliacrílico é, então, realizado e, após a lavagem da cavidade, o cimento ionomérico é colocado, preferencialmente com seringa para sua aplicação. A compressão digital pode também ser utilizada para melhor vedamento da cavidade. No caso dos ionômeros modificados por resina, o uso do primer é importante antes de sua colocação, conforme recomendação do fabricante. Nas lesões profundas, uma base protetora com cimento de hidróxido de cálcio deve ser sempre aplicada antes do material restaurador. Ajuste oclusal deverá ser feito e uma proteção sobre o cimento ionomérico deverá ser realizada, como vernizes, base de unha incolor ou adesivo dentinário.

Lembrando que nenhum dos passos deve ser excluído.

Selantes

O controle da doença cárie por métodos não invasivos é amparado no uso de fluoretos e na aplicação de selantes de fóssulas e fissuras. Com relação aos selantes, há evidência para recomendar o seu uso na prevenção de cáries e no controle da progressão da lesão inicial de cárie (KRIGER, 2016)

A literatura tem relatado que a aplicação de selante é mais custo-efetiva que os vernizes fluoretados na redução de cárie de superfície oclusal, pois permanece por mais tempo no dente, impossibilitando o acúmulo de biofilme, além de não depender da adesão do paciente ao tratamento odontológico, quando comparado ao verniz fluoretado, cuja efetividade depende de aplicações periódicas (TAGLIAFERRO et al., 2013).

Recente revisão sistemática Cochrane indicou que o selamento é um procedimento recomendado para prevenir a cárie da superfície oclusal de molares permanentes cuja eficácia é evidente em indivíduos com alto risco de cárie, mas as informações sobre os benefícios do selamento específico em indivíduos com diferentes riscos de cárie ainda carece de mais estudos (AHOVUO-SALORANTA et al., 2016).

Um painel de especialistas foi convocado pela American Dental Association Council on Scientific Affairs para debater sobre questões ligadas ao uso do selante. O painel concluiu que os selantes são eficazes na prevenção de cárie e podem prevenir a progressão de lesões de cárie não cavitadas precoces em crianças, adolescentes e adultos jovens (BEAUCHAMP et al., 2008).

Lesão cariosa não cavitada precoce se refere a fissuras de dentes totalmente erupcionados que podem apresentar descoloração que não seja devida a coloração extrínseca, opacidades de desenvolvimento ou fluorose. A mancha pode ser confinada ao tamanho de uma fosseta ou fissura ou pode estender-se às inclinações da cúspide que as cercam. A superfície do dente não deve apresentar evidência de sombra indicando cárie dentinária.

Genericamente, os selantes são materiais plásticos à base de resina, cimento de ionômero de vidro ou selantes híbridos que podem ser modificados por resina ou por poliácidos. Os selantes resinosos apresentam melhor retenção, mas são dependentes do controle da umidade na técnica de colocação. Os selantes ionoméricos tem uma técnica de aplicação mais favorável e apresentam liberação contínua de flúor para o meio bucal. Estudos realizados demonstram não haver diferença no efeito preventivo de ambos os materiais, sendo igualmente adequados para aplicação clínica. No entanto, a eficácia dos selantes na prevenção da lesão de cárie depende da retenção em longo prazo, sendo, por isso, recomendada a avaliação por exames visuais e táteis de forma rotineira. Em situações em que um selante for perdido ou parcialmente retido, deve ser reaplicado para garantir a eficácia (YENGOPAL et al., 2009).

Recomenda-se a realização do isolamento e limpeza da superfície a ser selada, preferentemente por meio de profilaxia, como uma etapa importante para remoção de material orgânico das fossas e fissuras. Após o condicionamento ácido sobre o

esmalte, deve-se realizar cuidadosa lavagem e secagem da superfície previamente à aplicação do selante.

O emprego de selantes não é uma unanimidade entre os cirurgiões dentistas. Os selantes de fissuras podem ser utilizados eficazmente como parte de uma abordagem abrangente para a prevenção de cáries numa base individual ou como uma medida de saúde pública para populações em risco. Essas recomendações devem ser integradas ao julgamento do profissional, das necessidades e dos riscos individuais para decisão clínica. É importante considerar que o risco de desenvolver cárie dentária existe em um *continuum* de mudanças ao longo do tempo, assim como mudam os fatores de risco. Portanto, deve ser reavaliado periodicamente no processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Uma regra de decisão adotada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) indica o uso de selantes na presença simultânea das seguintes condições: o dente está presente na cavidade bucal há menos de dois anos; o dente homólogo apresenta cárie ou sinais da doença; há presença de biofilme (placa bacteriana) evidenciando higiene bucal precária.

6.1.2.3.2 Cirurgia

Todos os procedimentos que têm a necessidade da realização de um acesso cirúrgico e extrações dentárias deverão ser realizados na AB e, para isso, a gestão precisa disponibilizar recursos físicos e materiais para o profissional conduzir o caso. Lembrando que exodontias de dentes permanente e decíduos, na sua quase totalidade, são de atribuição da AB.

Caso haja necessidade de atendimento especializado, eles deverão ser encaminhados para o CEO de acordo com os pressupostos citados a seguir:

- Receber, obrigatoriamente, ações para adequação do meio bucal por meio de medidas focadas no controle das infecções bucais que favoreçam e facilitem o tratamento cirúrgico especializado, tais como: remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e raspagem supragengival (RAP), assim como as solicitações e as realizações de exames radiográficos necessários para o correto diagnóstico do agravo em saúde bucal a ser enfrentado.
- Ter obtido, na AB, elucidações sobre a etiologia de agravos em saúde bucal, bem como explicitados os motivos do encaminhamento para procedimento cirúrgico especializado.
- Nos casos de apicetomia, ter recebido tratamento ou retratamento endodôntico previamente.
- Receber, previamente ao encaminhamento cirúrgico, tratamento com fluoroterapia (pacientes cárie-ativos) e orientações acerca de higiene bucal e dieta, a fim de paralisar a atividade da doença.

- Realizar remoção do tecido cariado e selamento com material restaurador provisório e/ou definitivo nos dentes cavitados por história de cárie.

Atenção Básica:

Deverão ser realizados todos os procedimentos de adequação do meio bucal relacionados à presença de focos infecciosos, procedimentos clínicos e cirúrgicos básicos.

6.1.2.3.3 Periodontia

Deve-se intervir nos fatores modificadores da doença periodontal, raspagem e alisamento supragengival e subgengival, remoção de outros fatores de retenção de placa, orientações de higiene bucal e demais procedimentos cirúrgicos. Nesse sentido, a gestão deve possibilitar instalações clínicas adequadas. Além disso, é possível a realização de procedimentos que o profissional assim desejar e tiver habilidade, como gengivectomia, aumento de coroa clínica, entre outros procedimentos, ou seja, o tratamento periodontal poderá ser realizado na Unidade de Atenção Básica, conforme disponibilidade técnica e de equipamento. Também deverão ser realizados os tratamentos de urgência (gengivite ulcerativa necrozante aguda – Guna; gengivoestomatite-herpética aguda e abscessos).

Os pacientes encaminhados para o CEO deverão ter obtido na AB elucidações sobre a etiologia de agravos em saúde bucal, bem como ter passado por sessões de motivação ao autocuidado, sendo importante que se promova a apropriação destes conhecimentos. O usuário encaminhado deverá apresentar como pré-requisito condições de saúde bucal que favoreçam e facilitem o tratamento periodontal especializado. Usuários com atividade de cárie deverão receber, previamente ao encaminhamento, tratamento de fluoroterapia e orientações acerca de higiene bucal e dieta, a fim de estabilizar a progressão e paralisar a atividade da doença. Os dentes cavitados por história de cárie deverão sofrer preferencialmente remoção total do tecido cariado e selamento com material restaurador provisório e/ou definitivo. A adequação do meio bucal deve ser realizada previamente ao encaminhamento, objetivando a remoção de focos infecciosos, remoção de excesso de restaurações e remoção de cálculo dentário por meio de raspagens supra e subgengivais. Dessa maneira, possibilita-se que o usuário realize o correto controle de placa, estimulando-o para o autocuidado a fim de manter as condições do meio bucal apropriadas para a manutenção da saúde bucal.

6.1.2.3.4 Endodontia

Atenção Básica:

Deve-se resolver a situação de emergência do usuário e monitorá-lo (medicação e troca de curativos) enquanto ele aguarda agendamento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O tratamento endodôntico também poderá ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme sua disponibilidade técnica e de equipamento.

As pulpotomias deverão ser realizadas no âmbito da Atenção Básica (AB), inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar.

Antes de encaminhar o usuário ao CEO, o CD da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, valendo-se de recursos diagnósticos para determinar a extensão da inflamação pulpar abaixo de uma lesão de cárie. Muitos fatores têm papel na determinação da natureza do processo. A individualidade de cada lesão cariosa deve ser reconhecida. A resposta da polpa pode variar dependendo se o processo carioso progride rapidamente (cárie aguda) ou lentamente (cárie crônica), ou se é completamente inativo (cárie detida). Além disso, a cárie tende a ser um processo intermitente, com períodos de atividade rápida alternados com períodos de repouso.

Reações básicas que tendem a proteger a polpa contra a cárie incluem diminuição na permeabilidade da dentina devido à esclerose dentinária, à formação de nova dentina (dentina terciária) e à efetividade das reações inflamatórias e imunológicas do tecido pulpar. Neste em particular, o equipamento imunológico altamente eficiente explica a adoção de técnicas conservadoras do tecido pulpar.

A severidade da inflamação pulpar abaixo de uma lesão cariosa depende, em grande parte, da profundidade da penetração bacteriana, assim como da extensão na qual a permeabilidade dentinária tenha sido reduzida por esclerose dentinária e/ou formação de dentina reparadora. Quando a distância entre as bactérias invasoras e a polpa for de 1 mm ou mais, a resposta inflamatória à infecção bacteriana dos túbulos dentinários é insignificante. Porém, quando as lesões atingem 0,5 mm da polpa, há aumento significativo na extensão da inflamação.

Nem todas as reações inflamatórias pulpares resultam em dano permanente para a polpa. A inflamação crônica é geralmente observada como reação inflamatória reparadora, já que todos os elementos necessários à cicatrização estão presentes. Quando a lesão cariosa é eliminada ou detida antes que as bactérias atinjam a

polpa, a inflamação é resolvida e a cicatrização ocorrerá. Consequentemente, a meta principal dos procedimentos restauradores dentários deveria ser livrar a dentina de bactérias, de modo que a polpa inflamada pudesse cicatrizar. Este é o raciocínio para o uso de técnicas de tratamento expectante.

A validade de manter uma polpa sadia vai além de sua capacidade de responder a estímulos. O dente despolpado é friável, uma vez que perde seu conteúdo líquido, deixando sobremaneira a capacidade de resistência às cargas mastigatórias. Especial atenção deve ser dada na história médica a algumas doenças sistêmicas, como pacientes diabéticos, cardiopatas e nefropatas crônicos, pois resultam em estímulos metabólicos de baixa intensidade e longa duração que podem modificar a matriz extracelular da polpa dentária. Os diabéticos não controlados em último estágio sofrem mudanças vasculares, como calcificações na polpa dentária. Desta maneira, tratamentos conservadores não terão desfecho tão favorável como em condições de normalidade.

Uma polpa dentária em condições de ser preservada tem as seguintes características: a hemorragia tem que ser abundante; o sangue deve apresentar coloração vermelho-viva; a polpa radicular deve apresentar-se com corpo consistente, firme; a polpa deve ter elasticidade.

Os tratamentos conservadores mais utilizados em exposições pulpares são o capeamento, a curetagem pulpar e a pulpotomia.

Capeamento pulpar

O capeamento faz uso de revestimento biológico colocado diretamente sobre a porção exposta de uma polpa atingida acidentalmente durante o preparo cavitário. Nestes casos, o dente atingido está anestesiado, não acusando o processo inflamatório que pode ocorrer. Portanto, se houver exposição pulpar, o ideal é atuar sobre a polpa, fazendo uso da curetagem pulpar ou da pulpotomia.

A sintomatologia clínica é importante na escolha do tipo de tratamento a ser executado. Se o dente apresenta-se com sensibilidade, provocada ou espontânea, a possibilidade da presença de microabscesso na câmara pulpar está aumentada. Nesses casos, a escolha mais segura seria a pulpotomia. A curetagem pulpar seria indicada para os casos em que houve a exposição acidental, em que toda a cárie já fora removida e o dente apresentava-se assintomático antes da intervenção. No caso de dúvidas quanto à escolha do procedimento, sugere-se a opção pela pulpotomia. O percentual de sucesso é mais alto nesta do que na curetagem pulpar (90% para pulpotomia; 82% para curetagem, em média).

Quanto à escolha do material capeador, é importante observar sua capacidade de selamento, seu método de aplicação e sua natureza química. Além disso, se considerarmos que a formação da ponte de dentina é um aspecto fundamental, então suas presença e qualidade são importantes fatores de prognóstico para o sucesso do caso. A ponte de dentina forma-se perante um tratamento apropriado com Ca(OH)_2 , em que se consegue íntimo contato deste material com o tecido pulpar remanescente.

Mesmo que a integridade da ponte de dentina seja questionável, ela ainda assim serve como barreira física de proteção à polpa. Uma vantagem do Ca(OH)_2 é sua propriedade antimicrobiana. Vários estudos sobre capeamento pulpar têm mostrado que os produtos do Ca(OH)_2 são efetivos no tratamento de exposições pulpares intencionalmente contaminadas.

Em casos de rizogênese incompleta, pode-se realizar a pulpotomia como tratamento para manutenção da polpa radicular com vistas à finalização da formação da raiz. Esse procedimento pode ser realizado no âmbito da AB.

Curetagem pulpar

Procedimento feito após a ocorrência de exposição pulpar, resultando em remoção superficial da polpa dentária atingida. É indicado nos casos de exposição acidental da polpa dentária, sem sintomatologia espontânea. A sequência da intervenção é: anestesia, isolamento do dente, remoção de dentina cariada, remoção da polpa superficial em cerca de 1 mm a 2 mm de profundidade, com curetas afiadas ou brocas esféricas lisas, abundante irrigação/aspiração com solução neutra (água destilada, soro fisiológico), hemostasia espontânea e secagem da cavidade com bolinhas de algodão esterilizadas, aplicação do revestimento biológico (hidróxido de cálcio puro pró-análise, em pó ou pasta com água destilada ou soro fisiológico), hemostasia espontânea e secagem da cavidade com bolinhas de algodão esterilizadas, aplicação do revestimento biológico (hidróxido de cálcio puro pró-análise, em pó ou pasta com água destilada ou soro fisiológico), aplicação do material restaurador temporário ou permanente e alívio articular do dente. Instrumento necessário para o procedimento: brocas para alta rotação, brocas para baixa rotação, escavador de dentina, dique de borracha, seringa luer-lok para irrigação, cânula para aspiração, grampos, perfurador de borracha, pinça porta-grampos, algodão estéril, hidróxido de cálcio pró-análise, cimento restaurador temporário (ionômero de vidro).

Pulpotomia

Procedimento de remoção da polpa coronária, mantendo viva a polpa radicular. É indicado para dentes com pulpíte. Condições adequadas de sangramento e consistência (hemorragia abundante; sangue com coloração vermelho-viva; polpa radicular com corpo consistente, firme).

A sequência da intervenção é: anestesia, isolamento do dente, remoção de dentina cariada, remoção do teto da câmara pulpar, remoção da polpa coronária com curetas afiadas ou brocas esféricas lisas, abundante irrigação/aspiração com solução neutra (água destilada, soro fisiológico), hemostasia espontânea e secagem da cavidade com bolinhas de algodão esterilizadas, aplicação do revestimento biológico (hidróxido de cálcio puro pró-análise em pó ou em pasta, com água destilada ou soro fisiológico), aplicação do material restaurador temporário ou permanente, e alívio

articular do dente. Instrumento necessário para o procedimento: brocas para alta rotação, brocas para baixa rotação, escavador de dentina, dique de borracha, seringa Luer-Lock para irrigação, cânula para aspiração, grampos, perfurador de borracha, pinça porta-grampos, algodão estéril, hidróxido de cálcio pró-análise, cimento restaurador temporário (ionômero de vidro).

Caso o tratamento conservador não tenha sucesso, então a pessoa deve ser encaminhada para o CEO para realização do tratamento endodôntico. Para isso, o CD da AB deve fazer remoção total do tecido cariado, acesso, curativo de demora e material restaurador provisório. O elemento dentário deve apresentar estrutura coronária remanescente (considerar os desgastes necessários para a realização do tratamento endodôntico) que permita a realização de restauração direta após o tratamento endodôntico, restabelecendo a forma, mas especialmente a função. Em casos de grande destruição coronária, o dente deve ser previamente restaurado com material restaurador definitivo, devolvendo os contornos axiais normais que possibilitem a colocação do grampo para o isolamento absoluto. É necessário colocar bolinha de algodão na entrada dos condutos com o objetivo de evitar que se obliterem com o material restaurador, mantendo o acesso aos canais. O dente deve permitir o uso de isolamento absoluto. Quando houver necessidade de cirurgia de aumento de coroa clínica, deve ser feito encaminhamento para periodontia anteriormente à endodontia, sem mobilidade acentuada e com menos de 2/3 de extrusão por perda do antagonista. Com relação à cavidade bucal: adequação do meio bucal com remoção dos focos infecciosos.

6.1.2.3.5 Estomatologia

É de responsabilidade do CD da equipe da Atenção Básica detectar alterações em tecidos moles e/ou duros e estabelecer a hipótese diagnóstica destas lesões, bem como a seleção dos casos que deverão ser encaminhados ao especialista, de acordo com a capacitação deste profissional. Salienta-se que, no caso de lesões com suspeita de malignidade, o diagnóstico é também de responsabilidade do CD, e o tratamento será realizado por especialistas da Oncologia, caso confirmada a malignidade.

Atenção Básica:

Avaliação do usuário com queixa de alteração bucal em tecidos moles e/ou duros, identificando as alterações não compatíveis com a normalidade.

De maneira geral, os profissionais da AB são responsáveis pelo diagnóstico e pelo tratamento de lesões prevalentes da mucosa bucal, por exemplo: hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite protética, herpes recorrente, gengivoestomatite-herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular, tratamento e remoção de fatores traumáticos da mucosa bucal – tais como próteses mal-adaptadas –, dentes ou restaurações fraturadas e raízes residuais, hábitos parafuncionais, triagem de pacientes com mais de 40 anos, fumantes e etilistas, ou pacientes de pele clara com histórico de exposição solar excessiva.

A biópsia e a citologia esfoliativa, assim como os demais exames complementares, também poderão ser realizadas/solicitadas na AB, desde que a equipe se sinta capacitada para exercer a técnica de coleta e, principalmente, a interpretação dos resultados. Caso haja impossibilidade de diagnóstico e/ou tratamento das lesões, o usuário deverá ser encaminhado para o CEO. Ressalta-se que é de extrema importância o acompanhamento pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família (USB/ESF) dos casos encaminhados aos outros níveis de atenção, na perspectiva da continuidade do cuidado.

6.1.2.3.6 *Prótese dentária*

A inclusão dos procedimentos de prótese dentária na Atenção Básica é de grande importância, visto que os resultados dos últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (1986, 1996, 2003 e 2010) indicam que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo constitui-se, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública.

Atenção Básica:

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, deverão ser realizados todos os procedimentos clínicos básicos e, após, realiza-se na Atenção Básica a reabilitação por próteses totais e/ou parciais removíveis superiores, inferiores ou ambas.

Em municípios cuja Atenção Básica não provê reabilitação protética, os usuários deverão ser encaminhados à Atenção Especializada Ambulatorial, com as necessidades básicas de dentística, cirurgia ou periodontia sanadas.

A oferta de próteses totais e parciais tem como objetivo construir uma política de inclusão social de edêntulos e dentados parciais, minimizando as sequelas da prática odontológica mutiladora. Para informações sobre credenciamento, recursos financeiros para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e registro de produção, acesse o *site* <<http://dab.saude.gov.br>>.

Considerando que as próteses podem ser realizadas na UBS ou no CEO de acordo com a organização do município, o protocolo clínico para confecção dos diferentes tipos de próteses dentárias será apresentado nas ações a serem desenvolvidas no CEO (item 3.3.3.2.4), e aqui serão citados os passos realizados em cada consulta para cada tipo de prótese (quadros 14, 15 e 16).

Quadro 14 – Protocolo Clínico de Prótese Total (PT)

Prótese Total (PT)	
Consulta 1	Clínica: moldagem anatômica
	Laboratório: confecção de moldeira individual
Consulta 2	Clínica: moldagem funcional
	Laboratório: confecção de base de dentadura e rolete de cera
Consulta 3	Clínica: registro da relação intermaxilar e estética
	Laboratório: montagem dos dentes
Consulta 4	Clínica: prova dos dentes
	Laboratório: acrilização
Consulta 5	Clínica: entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene
Consulta 6	Clínica: controle posterior e ajuste pós-uso. O ajuste deve ser semanal até que o paciente demonstre que está confortável. O controle posterior deve ser estabelecido pelo profissional e baseado nas condições de higiene do paciente (visitas periódicas de seis em seis meses ou anuais).
	Laboratório: reembasamento (se necessário).

Fonte: Autoria própria.

Quadro 15 – Protocolo Clínico de Prótese Parcial Removível (PPR).

Prótese Parcial Removível (PPR)	
Consulta 1	Clínica: moldagem inicial
	Laboratório: delineamento do modelo de estudo
Consulta 2	Clínica: confecção de nichos e moldagem – modelo de trabalho
	Laboratório: confecção da armação metálica e da base de resina em casos de extremo livre
Consulta 3	Clínica: prova da armação metálica e registro da relação intermaxilar
	Laboratório: montagem dos dentes
Consulta 4	Clínica: prova dos dentes e moldagem funcional em casos de extremo livre
	Laboratório: acrilização
Consulta 5	Clínica: entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene
Consulta 6	Clínica: controle posterior para ajuste da sela e oclusão (após dois ou três dias)
Revisões*	Consulta 1: após um mês da instalação
	Consulta 2: após três meses da instalação
	Consulta 3: após seis meses da instalação
	Consulta 4: após um ano da instalação (com série radiográfica dos pilares)
	Consulta 5: revisões anuais, podendo realizar séries radiográficas de dois em dois anos

Fonte: Autoria própria.

* A definição do local para as revisões (UBS ou CEO) dependerá da organização de cada serviço.

Quadro 16 – Protocolo Clínico de Prótese Parcial Fixa (PPF)

Prótese Parcial Fixa (PPF)	
Consulta 1	Clínica: moldagem para confecção de modelo de estudo e planejamento diagnóstico
	Laboratório: confecção de coroa ou PPF provisória
Consulta 2	Clínica: preparo e adaptação e instalação de prótese provisória
Consulta 3	Clínica: registro da relação intermaxilar, moldagem para núcleo metálico fundido ou repreparo
	Laboratório: fundição do núcleo metálico fundido (NMF)
Consulta 4	Clínica: adaptação e cimentação do NMF
Consulta 5	Clínica: moldagem dos pilares Laboratório: confecção do <i>copping</i> .
Consulta 6	Clínica: prova do <i>copping</i> e moldagem de transferência
	Laboratório: aplicação da porcelana
Consulta 7	Clínica: prova e ajuste da porcelana
	Laboratório: glazeamento
Consulta 8	Clínica: prova final e cimentação da PPF
Consulta 9	Clínica: controle posterior e ajuste pós-uso (uma semana)
Revisões*	Consulta 1: após um mês da instalação
	Consulta 2: após três meses da instalação
	Consulta 3: após seis meses da instalação
	Consulta 4: após um ano da instalação (com série radiográfica dos pilares)
	Consulta 5: revisões anuais, podendo realizar séries radiográficas de dois em dois anos

Fonte: Autoria própria.

* A definição do local para as revisões (UBS ou CEO) dependerá da organização de cada serviço.

6.1.2.3.7 Ortodontia

Atualmente, torna-se fundamental a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos nos serviços de saúde à população, por meio de um protocolo de diagnóstico e interceptação das maloclusões para CDs atuantes na AB, visando ampliar a atuação deste nas UBS, abrangendo maior número de pacientes e possibilitando maior acesso da população brasileira à ortodontia preventiva e interceptativa. Objetiva-se a aplicação clínica de atendimento ortodôntico à comunidade com efetividade e eficiência no controle do estabelecimento das maloclusões, trazendo todos os benefícios possíveis às populações interessadas.

O tratamento das maloclusões pode ser classificado como preventivo, interceptativo e corretivo, dependendo de sua complexidade e seu estágio de desenvolvimento. A AB pode ser resolutiva no tratamento preventivo e interceptativo por meio da realização de diferentes abordagens, com o objetivo de diminuir a incidência e reduzir a severidade de maloclusões nas dentições decídua e mista, assim como minimizar a necessidade de tratamento ortodôntico corretivo na dentição permanente.

Atenção Básica:

A equipe de Saúde Bucal, em conjunto com outros profissionais da UBS, planejará e realizará ações preventivas e educativas (orientações sobre: amamentação, dieta, higiene oral, aspectos gerais sobre erupção dos dentes, hábitos nocivos, importância da manutenção e higiene dos dentes e funções orofaciais), assim como procedimentos clínicos simples que evitem ou agravem a maloclusão (realização de restaurações adequadas, exodontias somente quando necessárias e ulctomia quando indicada; eliminação de interferências oclusais; manutenção de dentes decíduos até esfoliação natural; remoção de hábitos; observação da cronologia, sequência eruptiva e anomalias dentoesqueléticas; encaminhamento para otorrinolaringologista e fonoaudiólogo diante de problemas funcionais e/ou musculares, entre outros).

Ações educativas e preventivas

São voltadas para a prevenção do surgimento das maloclusões por meio de ações de educação em saúde, com ênfase no acesso à informação sobre os fatores de risco e as formas de se evitar o desenvolvimento das maloclusões.

A participação do CD nos programas de acompanhamento e aconselhamento de gestantes é importante para orientar e informar as futuras mães sobre a importância do aleitamento exclusivo materno até os 6 meses de idade, o qual possui papel fundamental no crescimento e no desenvolvimento craniofacial. É importante ressaltar que, além das inúmeras vantagens que o aleitamento materno propicia, também contribui de forma significativa para diminuição dos índices de maloclusão na dentição decídua. Caso não seja possível o aleitamento materno ou caso seja realizado de forma parcial, deve-se orientar sobre a escolha dos acessórios para amamentação, sendo que os bicos ortodônticos com orifícios pequenos, para estimular a sucção e a deglutição adequadas, e a abertura voltada para o palato, e não para a região posterior, são os mais indicados.

Outro aspecto relevante refere-se às orientações sobre a eliminação dos hábitos bucais deletérios em época oportuna, principalmente aos relacionados à sucção digital e chupeta. As alterações esqueléticas e dentárias ocorridas em consequência da persistência desses hábitos podem prejudicar de forma significativa o crescimento e o desenvolvimento craniofacial.

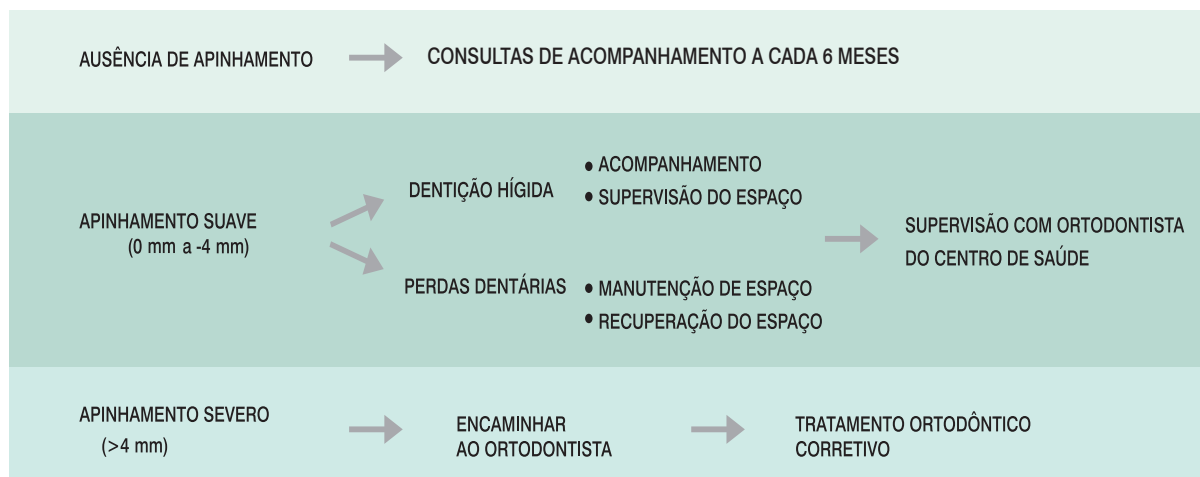
É importante que se enfatize que o sustento de dieta e higiene bucal adequadas é um fator primordial na manutenção da higidez da dentição, prevenindo a ocorrência de problemas oclusais causados por mesializações e extrusões dentárias, diminuição do perímetro do arco e desenvolvimento de hábitos bucais deletérios.

A respiração bucal ou predominantemente bucal pode causar alterações esqueléticas e dentárias significativas, como atresia maxilar e mordida cruzada posterior. Deve-se avaliar o padrão de respiração do paciente por meio da anamnese e exame clínico, encaminhando-o para tratamento com otorrinolaringologista caso tenha dificuldade em respirar normalmente pelo nariz.

Manejo do perímetro do arco

Estudos realizados no Brasil indicam o apinhamento dentário como a principal maloclusão que requer tratamento ortodôntico. O apinhamento consiste no mau posicionamento dos dentes devido à ausência de espaço suficiente para o correto alinhamento deles sobre o osso alveolar. Pode ocorrer devido a fatores genéticos, quando há discrepância negativa entre as dimensões esqueléticas do rebordo alveolar dos maxilares e o somatório das medidas mesiodistais dos dentes, ou devido a fatores ambientais, como perdas precoces de dentes decíduos e cáries, que possibilitam a migração mesial de dentes posteriores, reduzindo o perímetro de arco disponível para o correto posicionamento dos dentes permanentes de substituição. Desta forma, torna-se importante atuar nas fases de dentição decídua e mista de maneira preventiva ou, quando necessário, interceptando possíveis fatores locais da perda de espaço. A manutenção das dimensões mesiodistais dos dentes decíduos e sua exfoliação no momento adequado são de importância capital para a prevenção do apinhamento dos dentes permanentes sucessores (Figura 14).

Figura 14 – Ilustração esquemática da interpretação e da conduta a ser adotada de acordo com o grau de apinhamento



Fonte: Autoria própria.

Hábitos bucais deletérios

Os hábitos deletérios são as funções bucais que alteram o padrão de crescimento normal e deterioram a oclusão, determinando forças musculares desequilibradas que, durante o crescimento, distorcem a forma dos arcos e alteram a morfologia normal. São considerados hábitos deletérios a postura alterada da língua, a interposição da língua durante a deglutição, a respiração bucal predominantemente, a sucção prolongada não nutritiva de dedo e chupeta, e a interposição labial inferior (CARDOSO; MACHADO, 2003).

A persistência de hábitos bucais deletérios de sucção não nutritiva, tais como sucção de polegar ou chupeta, provoca deformações nas estruturas bucais devido à quebra do equilíbrio muscular entre lábios, bochechas, língua e pela presença de obstrução mecânica entre os dentes, sendo a mordida aberta anterior e a mordida cruzada posterior as maloclusões mais frequentes (ZUANON, 2000).

Com o objetivo de evitar ou interceptar as maloclusões provocadas pelos hábitos deletérios de sucção não nutritiva e de projeção lingual, que são as mais frequentes e nocivas, foi elaborado protocolo de tratamento de fácil manejo para que os CDs clínicos que compõem a eSB de cada município sejam aptos a realizar e, com isso, melhorar as condições oclusais da população brasileira (Figura 15).

Figura 15 – Quadro esquemático do protocolo de diagnóstico e tratamento dos hábitos bucais deletérios



Fonte: Autoria própria.

Mordida aberta anterior

A etiologia da mordida aberta anterior (MMA) é multifatorial e está quase sempre associada a uma desarmonia miofuncional orofacial, seja por fatores genéticos, seja pela ação prolongada de hábitos bucais deletérios (FORTE; BOSCO, 2001).

A MAA provocada por fatores ambientais é a mais frequente, na qual o fator etiológico mais comum é a sucção de dedo e/ou chupeta e a projeção da língua. Os resultados são mais favoráveis quando essas maloclusões são prevenidas pela remoção precoce do hábito, ou seja, antes de causar a maloclusão, ou quando é diagnosticada precocemente pela identificação do hábito deletério e interceptada por meio da remoção do hábito de forma passiva, com esclarecimento dos danos, ou de forma ativa, com aparelhos de fácil confecção e manejo (grade lingual com/sem pontas ativas).

Sabe-se que a autocorreção da MAA só ocorre quando o hábito é removido ainda na dentição decídua e no início da dentição mista (primeiro período transitório); este fato torna o diagnóstico precoce de fundamental importância para favorecer a correção. Caso o diagnóstico seja feito tardiamente, na dentição permanente, o prognóstico é ruim, pois, quando se atinge essa idade dentária, o hábito (ou até mesmo a dependência) já está bem instalado e mais difícil de remover (Figura 16). Ressalta-se, novamente, que o tratamento precoce para esse tipo de maloclusão é de fundamental importância para o bom prognóstico.

Figura 16 – Protocolo de tratamento precoce da MAA baseado na etiologia

MAA CAUSADA POR HÁBITO DE SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA	– REMOÇÃO PASSIVA DO HÁBITO – REMOÇÃO ATIVA (GRADE LINGUAL SEM ESPORÃO) – ENCAMINHAR AO PSICÓLOGO SE PERSISTIR O HÁBITO
MAA CAUSADA POR HÁBITO DE PROJEÇÃO LINGUAL	– REMOÇÃO ATIVA DO HÁBITO (GRADE LINGUAL COM ESPORÃO) – ENCAMINHAR AO FONAUDIÓLOGO SE PERSISTIR O HÁBITO

Fonte: Autoria própria.

Mordida cruzada

Mordida cruzada é uma maloclusão caracterizada pela relação vestibulolingual alterada entre os dentes superiores e inferiores, quando em oclusão cêntrica. Essa maloclusão pode estar presente nas dentições decídua e mista, causando desvios do desenvolvimento normal craniofacial e impossibilitando o estabelecimento da oclusão permanente normal em grande parte dos pacientes. Desta forma, a correção precoce da maloclusão, além de ter prognóstico favorável para o tratamento imediato, proporciona influência na oclusão em longo prazo (SILVA FILHO et al., 1989).

A época ideal de tratamento é a mais precoce possível, desde o momento em que o paciente aceite o tratamento, para que a correção permita crescimento adequado sem assimetrias, pois elas poderão se tornar definitivas. Para instituir-se o tratamento adequado, o profissional deve investigar a causa da maloclusão e sua localização. A primeira medida a ser adotada é a remoção de todos os hábitos bucais deletérios envolvidos, quando possível, assim como qualquer fator etiológico local que possa impedir a correção.

6.1.2.4 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos para outros pontos da RAS

A regulação da assistência não consiste apenas no gerenciamento do número de vagas disponibilizado pelos serviços de referências para a AB. Deve ser um espaço de diálogo entre os profissionais dos diferentes pontos da rede, tomando a educação permanente como ferramenta central para problematização dos processos de trabalho; a fim de integrar as diferentes etapas de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS, consolidar sua legitimidade junto aos usuários e corresponsabilizar as equipes pelo trânsito dos usuários na rede mediante a problematização do processo de trabalho clínico.

O objetivo é que as equipes de AB realizem o encaminhamento para as referências e acompanhem o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado, retomando o acompanhamento desse usuário após o término desse tratamento e estabelecendo a longitudinalidade do cuidado.

Para isso, a promoção da comunicação de todos os pontos de atenção da rede com a implementação do registro eletrônico em saúde para avançar no desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente é uma meta a ser perseguida por todos os municípios.

Além disso, devem-se realizar reuniões periódicas com as equipes dos diversos níveis para troca de experiências e para que cada nível tenha conhecimento dos processos de trabalho e das facilidades e dificuldades de cada um.

Assim, a interface ideal entre os serviços de Atenção Básica e da Atenção Especializada Ambulatorial deve levar em consideração algumas características:

- **Equidade:** todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este encaminhamento.
- **Integralidade:** todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, cujo fluxo entre os níveis é facilmente conseguido.
- **Eficiência e efetividade desta interface:** garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados.

Deverão ser encaminhados para o CEO os casos em que haja maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na AB, por esgotarem-se as possibilidades de intervenção nesse ponto de atenção por motivos técnicos e/ou de infraestrutura.

Todos os pacientes deverão ser encaminhados com a adequação do meio bucal realizada (remoção de fatores retentivos de placa, restos radiculares e elementos dentários com acentuada mobilidade vertical, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle do biofilme dental, controle de bolsa periodontal de até 4 mm), inclusive os pacientes com necessidades especiais, respeitando-se as possibilidades de manejo da situação sistêmica e de seu comportamento.

Cabe ao cirurgião-dentista da AB a seleção dos casos que serão encaminhados ao Ponto da Atenção Especializada Ambulatorial (CEO), sendo este encaminhamento responsabilidade da sua atribuição. No entanto, esses casos devem ser pactuados com os profissionais da atenção especializada, por meio de protocolos.

Para auxiliar na elaboração dos protocolos de referência e contrarreferência, é sugerida, a seguir, uma sistematização do que poderia ser encaminhado para o CEO, segundo a especialidade (quadros 17 a 24). Além disso, é de suma importância que

todos recebam informações detalhadas sobre o que foi realizado na UBS, o motivo de seu encaminhamento e o que será realizado na Atenção Especializada Ambulatorial, para evitar dificuldades logísticas, de expectativas e absenteísmo.

Quadro 17 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial

Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial
Na AB, deverão ser realizados todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos básicos, como exodontias simples (dentes permanentes e decíduos), exodontias de restos radiculares, exodontias múltiplas de baixa complexidade, cirurgias pré-reabilitadoras básicas, biópsias incisionais simples, drenagem de abscessos localizados, curetagem de pequenas lesões císticas ou granulomatosas, entre outros procedimentos básicos da atuação profissional. Critérios de encaminhamento: Poderão ser encaminhados para a especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial os casos de: a. Cirurgia dentoalveolar: • Retenções, inclusões ou impactações dentárias. • Cirurgias de exposições e colagem de dispositivos para tracionamentos ortodônticos. • Transplantes dentais autógenos. • Exodontias complexas (que necessitem de osteotomias e/ou odontosseções diversas; ou casos de dentes próximos às estruturas nobres com risco eminente de lesões adjacentes). • Cirurgias ósseas com finalidade protética ou reabilitadora. • Cirurgias de tecidos moles com finalidade protética ou reabilitadora (cirurgias mucogengivais). • Enxertos ósseos nos maxilares. b. Patologia cirúrgica: • Tratamento cirúrgico das infecções odontogênicas. • Cirurgia parodontônica ou periapicais (com possibilidade da participação do endodontista em caso de habilitação para realizar tal procedimento). • Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos tecidos moles da face. • Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos de tecidos moles.

Continua

Conclusão

Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial

- Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intraósseos.
- Tratamento das sinusopatias maxilares de origem odontogênica.
- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos/neoplásicos ou fenômenos de retenção e/ou extravasamento de muco das glândulas salivares menores.
- Tratamento clínico/ambulatorial das patologias da articulação temporomandibular (ATM).
- Tratamento cirúrgico não invasivo da ATM (artrocentese ou lavagem articular).
- Biópsias de tecidos moles e duros do complexo bucomaxilofacial.

c. Cirurgias bucomaxilofaciais estético-funcionais:

- Cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais.
- Cirurgias esqueléticas ortocirúrgicas ambulatoriais.
- Osteoplastias/osteotomias maxilares ambulatoriais.
- Nos casos de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente. Em algumas situações de urgência (exs.: luxação de articulação temporomandibular, traumas dentoalveolares, infecções odontogênicas evoluídas), nas quais não haja estrutura para este atendimento na UBS ou no pronto atendimento, o paciente poderá ser encaminhado ao serviço especializado em cirurgia, sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal.
- Além disso, os pacientes devem ser encaminhados, sempre que possível, com estabilidade emocional e psicogênica das condições sistêmicas de saúde, assim como previamente orientados sobre a realização do procedimento especializado proposto. O encaminhamento com exames laboratoriais e/ou de imagens faz-se necessário ao diagnóstico e ao planejamento cirúrgico dos casos.
- Entre esses critérios de acompanhamento no CEO, devem constar os retornos regulares para preservação sistemática de cirurgias de lesões com potenciais de recidivas e/ou reaparecimentos dos sinais e sintomas, tais como casos de acompanhamentos de descompressões císticas, preservações de cirurgias estético-funcionais, entre outros.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 18 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para Periodontia

Periodontia
O acompanhamento no CEO deve restringir-se a casos mais complexos. Critérios de encaminhamento: • Os usuários deverão ser encaminhados já tendo sido submetidos aos procedimentos periodontais de responsabilidade da AB com melhora substancial no controle de placa supragengival, o que será de extrema importância para o sucesso do tratamento, preferencialmente com menos de 20% de superfícies sangrantes na margem gengival. • Quando o encaminhamento for para cirurgias periodontais, para viabilizar tratamento restaurador, o dente a ser operado deve ter sido submetido à remoção de tecido cariado. No caso dos procedimentos cirúrgicos para odontologia restauradora, após a remoção da sutura, não há necessidade de acompanhamento no CEO. • Serão encaminhados para a especialidade Periodontia os usuários que apresentarem periodontites agressivas, aumento de volume gengival induzido por drogas, necessidades cirúrgicas para realização de procedimentos restauradores, periodontites crônicas com mais de 50% de perda de inserção, lesões de furca, lesões endopério e aqueles indivíduos que não apresentarem redução de profundidade de sondagens das bolsas periodontais tratadas na UBS, permanecendo com sangramento. É recomendada a comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e Especializada Ambulatorial a fim de garantir a otimização dos resultados da manutenção, podendo, diante de recorrência da doença ou insucessos, retornar ao CEO. A manutenção do tratamento periodontal, em princípio, fica sob responsabilidade da AB, que, desde que o paciente seja contrarreferenciado devidamente com o relatório de alta, terá condições de realizar a preservação.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 19 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para Endodontia

Endodontia
Serão encaminhados para a especialidade de Endodontia os usuários que necessitem de terapias endodônticas não conservadoras, como: biopulpectomia, necropulpectomia e retratamento endodôntico. Caso a UBS esteja equipada para o procedimento e o profissional sinta-se seguro para realizá-lo, não há necessidade de encaminhamento para o CEO.

Continua

Conclusão

Endodontia**Critérios de encaminhamento:**

- Os usuários devem ser encaminhados com o diagnóstico e o acesso à cavidade pulpar realizados, curativo de demora indicado, selamento com o material adequado e, se necessário, prescrição de medicação sistêmica, como analgésicos, anti-inflamatórios e/ou antibióticos. O elemento dentário a ser submetido a tratamento endodôntico deverá apresentar condições de coroa remanescente para retenção do grampo.
- Em casos de perfurações radiculares, deve-se realizar exame clínico e radiográfico e encaminhar diretamente para o CEO.

Após o término do tratamento do CEO, o elemento dentário deverá ter a entrada dos canais selada com guta-percha ou cimento obturador provisório e restauração provisória de ionômero de vidro.

Caso esteja indicada restauração metálica fundida (RMF) ou coroa unitária, o usuário será mantido em tratamento no CEO e encaminhado para a especialidade de prótese.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 20 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para Estomatologia**Estomatologia**

A partir do diagnóstico da condição bucal ou da percepção de que há perda da normalidade em qualquer localização do complexo maxilomandibular, é imperativo que, analisados os critérios de encaminhamento, o paciente seja referenciado. ACS, ASB e TSB, corpo de Enfermagem, equipe médica e dentistas da UBS podem encaminhar para o CEO. A garantia de que haverá retorno para o paciente é fundamental nessa via de referência e contrarreferência. O que se pressupõe é que todo profissional de saúde da AB seja capaz de perceber a anormalidade presente, seja capaz de avaliar a complexidade da situação e que seja consciente da possibilidade ou não de tratamento na UBS. Trata-se de toda e qualquer anormalidade, seja ela de origem inflamatória, neoplásica, infecciosa, do desenvolvimento, autoimune etc.

Critérios de encaminhamento:

- O encaminhamento a partir da AB deve ser realizado sempre que a condição bucal encontrada não puder ser diagnosticada clinicamente ou quando requerer a atenção de maior complexidade.
- Para aqueles usuários portadores de lesões malignas ou com forte suspeição de malignidade, o acesso deve ser imediato.

Continua

Conclusão

Estomatologia

- Na ficha clínica do encaminhamento, deverá constar a localização anatômica da lesão ou condição a ser investigada e suas principais características (dimensão, cor, textura etc.).
- Os casos listados a seguir deverão ser encaminhados imediatamente para o CEO:
 - ✓ Lesão ulcerada que persista por mais de 14 dias, mesmo após a remoção de sua causa provável.
 - ✓ Lesões brancas, vermelhas ou branco-avermelhadas, especialmente não raspáveis.
 - ✓ Lesão pigmentada (violácea ou enegrecida).
 - ✓ Qualquer lesão oral com características suspeitas, como crescimento rápido, infiltração, endurecimento e fixação.
 - ✓ Nódulos intraorais não visíveis, mas palpáveis.
 - ✓ Caroço no pescoço, recente e inexplicável.
 - ✓ Disfagia inexplicada, com duração superior a três semanas.
 - ✓ Qualquer distúrbio que necessite de tratamento clínico-cirúrgico.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 21 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para pacientes com necessidades especiais

Pacientes com Necessidades Especiais

Alguns casos de deficientes intelectuais severos, doentes mentais e sistêmicos crônicos descompensados necessitam de manejo odontológico diferenciado e adequado para cada necessidade, assim como condições de equipamentos, materiais e suporte básico e/ou avançado de vida. Quando estas condições não existirem na AB, esta estrutura tem de ser prevista e oferecida nos serviços de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar por profissionais capacitados.

Continua

Conclusão

Pacientes com Necessidades Especiais

Na AB, deverão ser atendidos todos os pacientes com necessidades especiais de baixa complexidade e que respondam ao manejo comportamental. Não devem ser referenciados para os CEOs pacientes com limitações motoras, deficientes visuais, auditivos e de fala, gestantes de baixo risco, bebês e crianças, diabéticos e cardiopatas compensados, defeitos congênitos ambientais, desde que não haja limitações físicas e metabólicas para este atendimento nas UBS.

Dentro das possibilidades de manejo da situação sistêmica e de comportamento, este paciente deve receber adequação bucal e educação em saúde na AB antes do referenciamento. Os usuários ou seus responsáveis devem ser instruídos sobre os motivos e o funcionamento da referência, o local, os horários e as necessidades de documentação que deve ser levada. Preferencialmente, a AB deverá solicitar e já enviar a avaliação médica sobre as condições sistêmicas dos pacientes com alterações complexas, assim como os exames complementares relativos ao caso.

O agendamento será realizado a partir da referência de UBS. Deverão ser preenchidas as documentações necessárias e, na referência, ser bem esclarecida a necessidade especial do paciente. Devem ser descritas as consultas de atendimento e as tentativas de condicionamento já realizadas.

Os CEOs devem contrarreferenciar, à unidade básica que encaminhou o paciente, a descrição de todo o tratamento realizado, o diagnóstico da situação e as sugestões de como realizar a manutenção odontológica e o manejo do paciente.

Critérios de encaminhamento:

- Pacientes com necessidades especiais que, após algumas tentativas de atendimento na AB, não permitiram os procedimentos ou os que apresentam comprometimentos sistêmicos severos que necessitem de recursos indisponíveis no serviço de AB. Os pacientes que não tenham condições de retornar à UBS também poderão receber consultas de manutenção, mesmo após o tratamento completado no CEO.
- Na impossibilidade de condicionamento e atendimento na AB, esta deve orientar o paciente e seus cuidadores para os cuidados em saúde bucal.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 22 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para prótese dentária

Prótese total (PT) e prótese parcial removível (PPR)
Destaca-se a importância da implantação de oferta de PT e PPR na AB, que contribuirá para diminuir as filas nos CEOs regionais e mesmo naqueles que são referência apenas para o município. Experiências exitosas indicam que a pactuação da oferta com os profissionais da rede e a capacitação deles são essenciais para o sucesso da iniciativa. Sendo assim, a oferta deve se dar tanto na AB quanto nos CEOs. Critérios de encaminhamento: • Avaliar se há presença de alterações com aspecto de normalidade e rebordo regularizado, devendo efetuar todos os procedimentos pertinentes (remoção de raízes residuais, raspagem coronária supra e subgingival – em casos de periodontite leve a moderada, polimento coronário, e tratamento de lesões de cárie dentária), de forma a preparar previamente a cavidade oral para a confecção da PT ou PPR. • No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis suspeitas, hiperplasia de tecidos moles, rebordo irregular, dentes de apoio com necessidade endodôntica, deve ser feito encaminhamento prévio para a semiologia, para a cirurgia oral menor ou para endodontia, de acordo com o caso. • Para confecção de PPR, o usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos da AB e/ou especializada, estando apto para a confecção da prótese. • Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão ou com necessidade de coroas fixas para apoio da PPR. • Quando existir prótese prévia, tratar e recuperar os tecidos moles, se necessário.
Prótese parcial fixa (PPF)
Fica a cargo do município a decisão dos casos em que vai ofertar as PPFs. É importante ressaltar que as razões estéticas que podem afetar a qualidade de vida do usuário e que não tenham resultado esteticamente satisfatório com PPR estão indicadas para a PPF. Critérios de encaminhamento: • Apresentar PPF deficiente estética ou funcionalmente.

Continua

Conclusão

Prótese parcial fixa (PPF)

- Elemento dental extensamente destruído e que não apresente condições de ser restaurado com materiais de restauração direta.
- Ausência de um ou mais dentes que possam ser reabilitados com PPF apoiada em dentes pilares distribuídos adequadamente na arcada.
- Os dentes extensamente destruídos devem passar, quando necessário, por tratamento endodôntico, periodontal ou ortodôntico, antes de serem encaminhados para a confecção de PPF.
- Dentes que apresentem tratamento endodôntico ou saúde periodontal constatada e com coroa que necessite de reconstrução com núcleo metálico fundido ou de preenchimento.
- Dentes que apresentem alguma deficiência estética relatada pelo paciente e/ou constatada pelo profissional devem ser encaminhados para o CEO.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 23 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para Ortodontia**Ortodontia**

As UBS encaminharão, para avaliação do ortodontista, os usuários portadores de maloclusão, conforme as prioridades listadas a seguir, livres de cáries e problemas periodontais, com restaurações adequadas, higiene bucal satisfatória e orientados sobre a duração do tratamento ortodôntico e a necessidade de colaboração para o sucesso dele, esclarecendo-os sobre a importância de não faltar ao agendamento, assim como a dependência dessa avaliação para a execução ou não do tratamento.

Critérios de encaminhamento:

- Devem ser encaminhados para o CEO pacientes que necessitem de atendimento ortodôntico com aparatologia preventiva, interceptativa ou corretiva que não tiveram condições de serem atendidos na AB.
- Maloclusões com escores 2 e 3 do *Dental Aesthetic Index* (DAI) (Anexo B), apresentando os seguintes problemas: mordida cruzada anterior e/ou posterior, mordida aberta, sobremordida profunda, sobressaliência aumentada, apinhamento dental, anomalias dentais individuais, perdas dentais, entre outros.

Continua

Conclusão

Ortodontia

- Eventualmente, de acordo com os procedimentos pactuados no CEO pela gestão local, poderão ser encaminhados para o CEO pacientes com nível de gravidade e de necessidade de tratamento ortodôntico do DAI no escore 4.
- Os pacientes deverão ser referenciados ao CEO pelas UBS, obedecendo-se aos critérios conhecidos. Pacientes encaminhados por outros profissionais deverão ser avaliados primeiramente pelo CD da UBS.
- As necessidades clínicas durante e após tratamento ortodôntico deverão ser atendidas na AB.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 24 – Protocolos de referência (UBS/CEO) para Implantodontia**Implantodontia**

O profissional da AB deverá avaliar o paciente a ser encaminhado quanto às condições sistêmicas e ao tabagismo, e também deverá solicitar exames hematológicos (hemograma completo, coagulograma completo e glicemia em jejum) e radiografia panorâmica.

Para os casos de estabilização da prótese dentária ofertada na UBS, o planejamento do implante poderá ser realizado em conjunto com a equipe do CEO, possibilitando, dessa forma, maior agilidade no agendamento e redução do tempo clínico de atendimento no CEO relativo às fases de confecção da prótese. Essa condição permitirá ampliar a oferta, minimizando a expectativa de atendimento e oportunizando melhor gerenciamento dos pacientes.

De forma particular em relação à reabilitação com implantes, haverá a necessidade de assegurar na AB efetivo controle do biofilme dental e cálculo nos componentes protéticos de retenção, além da instituição de correta higienização delas. Os retornos à especialidade podem estar relacionados de forma mais específica, como problemas mucogengivais, necessidade de substituição da prótese e ajustes e/ou substituição nos componentes de retenção oriundos do tempo de uso.

Critérios de encaminhamento:

- Principalmente pacientes edentados, portadores de rebordo remanescente insuficiente para adaptação de próteses totais convencionais ou com presença de dentes remanescentes que tenham sido condenados, seja por doença periodontal avançada, seja pela falta de função deles que possibilitem sua exodontia e instalação imediata de implantes osseointegrados simultaneamente ou em segundo tempo cirúrgico.
- Pacientes que necessitem de outros tipos de implantes ofertados pelo município, segundo critérios estabelecidos e possibilidades da gestão municipal.

Fonte: Autoria própria.

6.2 Centro de Especialidades odontológicas

Em conformidade com os princípios constitucionais que regem o SUS, a rede de serviços de atenção à saúde bucal vem se organizando de forma a possibilitar a atenção integral que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Na busca da atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde. Suas necessidades e demandas devem orientar a oferta e a organização dos serviços, inclusive as tipologias deles.

Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma a contemplá-los. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica ou de qualquer outro ponto do sistema para os diversos níveis de atenção.

A Atenção Especializada Ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesse sentido, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de Atenção Secundária Ambulatorial que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, desta forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica.

Os municípios devem conhecer a demanda de cada especialidade e, no caso de um CEO regional, a decisão deve se dar no âmbito da Comissão Intergestora Regional (CIR) ou Tripartite (CIT), nas quais as demandas municipais deverão ser colocadas. E, de posse do conhecimento delas, deve-se optar pela tipologia mais adequada, a fim de contemplar as necessidades da população nos territórios com oferta adequada das especialidades, garantia dos recursos necessários e acesso regulado.

Cada CEO credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação dos CEO funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde faz o repasse de parte dos recursos enquanto estados e municípios contribuem com outra parcela (contrapartida).

Os três tipos de CEO (Tipo I, Tipo II e Tipo III) são caracterizados da forma que segue no Quadro 25.

Quadro 25 – Características dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de acordo com os tipos (I, II e III)

	CEO TIPO I	CEO TIPO II	CEO TIPO III
Atividades	Diagnóstico bucal, com ênfase no câncer; Periodontia Especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; Periodontia Especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; Periodontia Especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.
Equipamentos e materiais	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e três consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e quatro a seis consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e sete ou mais consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).
Outros recursos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.

Continua

Conclusão

	CEO TIPO I	CEO TIPO II	CEO TIPO III
Recursos humanos	Três ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Obs.: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atue. No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	Quatro ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Obs.: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atue. No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	Sete ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico. Obs.: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atue. No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

Fonte: (BRASIL, 2006a).

Os CEOs devem realizar produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria GM nº 1.464, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), de acordo com o tipo de CEO.

O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) ou sistema de informação vigente no Brasil, conforme mostra o Quadro 26.

Quadro 26 – Produção mínima das atividades (nº de procedimentos) de acordo com os tipos de CEO (I, II e III)

TIPO DE CEO	PRODUÇÃO MÍNIMA MENSAL			
	PROCEDIMENTOS BÁSICOS (pacientes com necessidades especiais)	PERIODONTIA	ENDODONTIA	CIRURGIA
I	80	60	35	80
II	110	90	60	90
III	190	150	95	170

Fonte: (BRASIL, 2011b).

6.2.1 Organização do processo de trabalho

Os procedimentos para avaliação das metas dos CEOs estão descritos na Portaria GM/MS nº 1464, de 24/6/2011. O cumprimento da meta de todas as especialidades exige que os responsáveis pela saúde bucal do município organizem os serviços em rede de forma a possibilitar o cumprimento delas.

Como exemplo, para um CEO que seja referência somente para o município onde está instalado e tenha dificuldades em atingir as metas de cirurgia bucomaxilofacial, vagas podem ser ofertadas para outras cidades próximas. Esta pactuação deve ocorrer no âmbito da CIR.

Lembrando que o CEO pode oferecer outras especialidades, tais como: Odontopediatria, Ortodontia, Implantodontia, Ortopedia Funcional dos Maxilares, Prótese Dentária, entre outras, a critério do gestor municipal, conforme as necessidades e as possibilidades do município.

Para a organização do processo de trabalho do CEO, sugere-se que o coordenador de Saúde Bucal faça monitoramento que contemple minimamente os seguintes aspectos listados a seguir:

- ✓ Monitorar o número de usuários na fila de espera de encaminhamentos registrados no serviço de regulação. O tamanho da fila de espera por especialidade permite ao gestor dimensionar a capacidade de absorção da demanda e redimensionar o número de horas disponibilizadas por especialidade para atendimento.
- ✓ Monitorar o tempo médio de espera entre o encaminhamento e o início do atendimento no CEO. Esta informação contribui para organização do serviço e orientação das UBS quanto à previsão de atendimento para cada especialidade.

- ✓ Monitorar o número de usuários que não comparecem à consulta inicial por especialidade. Esta informação favorece o planejamento do volume de usuários chamados para primeira consulta, permitindo sobreagendamento (*overbooking*) adequado ao absenteísmo de cada especialidade e mantendo a qualidade do serviço no caso de comparecimento de todos os novos atendimentos.
- ✓ Monitorar o número de encaminhamentos inadequados. Consideram-se inadequados aqueles nos quais o usuário não está com o meio bucal livre de cálculo, e/ou apresenta cavidades e/ou outras condições tratáveis na AB (salvo no caso de pacientes com necessidades especiais). Esta informação deve ser utilizada para desencadear treinamentos da equipe a fim de qualificar a referência dos tratamentos e incentivar a execução do plano de tratamento antes do encaminhamento para serviços de maior complexidade.
- ✓ Monitorar o percentual de tratamentos não concluídos. Este indicador serve para identificar as especialidades com maior ocorrência de não conclusão e para desencadear, quando necessária, a busca ativa nas unidades de origem dos usuários para compreensão das causas que os levam a abandonar o tratamento.
- ✓ Monitorar o tempo médio de tratamento por especialidade. Considerando o tempo médio de atendimento em conjunto com outros indicadores, é possível estimar a capacidade de absorção da demanda. Com essa informação, é possível redimensionar a disponibilidade de horários por especialidade ou solicitar mudança no tipo de CEO levando em conta as necessidades da população.

6.2.1.1 Planejamento

A gestão municipal/estadual deve utilizar para o planejamento e a tomada de decisão a análise e o acompanhamento de indicadores de saúde bucal, as pactuações interfederativas, os sistemas de informação e outras ferramentas de gestão, como recursos para orientar mudanças na organização e no funcionamento dos serviços de saúde bucal.

Também deve estabelecer estratégias de oferta de ações e serviços especializados de saúde bucal considerando critérios epidemiológicos locais.

É importante que se busque, junto à gestão municipal, a designação de profissional ou equipe de profissionais para a função de gerência do CEO, estando formalizada

por lei, portaria ou ato interno, e representada no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Esta função deve ter a finalidade de reformular o modo tradicional de supervisão em saúde, que precisa ter caráter compartilhado, considerando as realidades e as singularidades locais, pressupondo planejamento, avaliação constante, além de suporte a intervenções e agendas de educação permanente. Devem ser estabelecidas agendas regulares de encontros com a equipe do CEO, de forma a fortalecer o vínculo entre eles e o acompanhamento das ações e dos processos de trabalho. Esse apoio auxilia a equipe na análise do trabalho e de suas práticas, ajudando-a a lidar com situações-problema, desafios, desconfortos e conflitos, e ainda contribui na construção/experimentação de intervenções e utilização de ferramentas e tecnologias.

Devem ser promovidas ações de qualificação do processo de trabalho do CEO. São exemplos dessas ações: discussão e montagem das agendas dos profissionais; suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica; análise de indicadores e informações em saúde; facilitação de processos locais de planejamento; discussão do perfil das referências e contrarreferências; mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários.

Deve ser feito o planejamento das compras de equipamentos, medicamentos, insumos e material permanente de forma a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques, visando à sua adequação e à sua suficiência, em tempo oportuno, para garantir a qualidade dos serviços.

6.2.1.1.1 Avaliação de metas e resultados

Alguns são os fatores que interferem no alcance das metas dos CEOs, como:

- Oferta de especialidades não adequada às necessidades da população.
- Situação do município no Plano Diretor de Regionalização (PDR) Estadual.
- Vínculos trabalhistas precários com contratos de trabalho temporários.
- Ausência de parâmetros de número de pacientes atendido por especialidade.
- Ausência de protocolos clínicos por especialidade com padronização de técnicas e materiais.
- Ausência de protocolos de referência e contrarreferência.
- Absenteísmo.

Para superar estas dificuldades, é necessário que a gestão local e a equipe do CEO organizem, com relação à demanda que chega ao serviço, a forma como irão ofertar as ações de saúde. Para auxiliar nesta superação, seguem algumas sugestões no Quadro 27.

Quadro 27 – Fatores que interferem no alcance das metas dos CEOs e comentários

Oferta de especialidades adequada às necessidades da população
É necessário que a decisão de implantação de um CEO seja feita mediante resultados de estudos epidemiológicos para contemplar as necessidades de saúde da região.
Situação do município no Plano Diretor de Regionalização Estadual
Os CEOs com piores resultados de desempenho no atingimento de metas geralmente encontravam-se nos municípios de menor porte, o que reforça a necessidade de se levar em conta a posição deles no PDR Estadual para a implantação do serviço.
Desprecarização dos vínculos trabalhistas
A precarização do trabalho no SUS resulta, em geral, na insatisfação do profissional, com consequente falta de compromisso com a assistência e má qualidade da prestação dos serviços.
Estabelecimento de parâmetros de número de pacientes atendidos por especialidade
Nos CEOs, deve haver parâmetros de número de pacientes atendido por especialidade, sendo recomendável que a disponibilização de vagas seja realizada mensalmente por meio do sistema de regulação do município. Sugestão de distribuição de número de vagas/mês nos quadros 29 a 36.
Implantação de protocolos clínicos por especialidade com padronização de técnicas e materiais
Os protocolos clínicos são necessários para a organização da atenção clínica e o estabelecimento dos procedimentos recomendados, com base nas evidências científicas e no conhecimento acumulado e estão descritos a partir da página 172, item 6.2.2.2. Devem ser construídos em conjunto com as equipes dos CEOs e são indispensáveis para instrumentalizar a prática clínica e de gestão relativas às especialidades no sentido de construir, adequar, aprimorar e facilitar a tomada de decisão apropriada na atenção aos pacientes, além de padronizar os materiais de consumo utilizados, facilitando os processos de compra.
Implantação de protocolos de referência e contrarreferência
Para melhor organização das demandas, os pacientes deverão ser referenciados ao CEO, obedecendo-se aos critérios de encaminhamento e preenchimento de documento de referência específico. Pacientes encaminhados por outros profissionais deverão ser avaliados primeiramente pelo CD da UBS. Sugestão de protocolos de referência e contrarreferência (UBS e CEO) nos quadros 18 a 25.

Continua

Continuação

Absenteísmo

O absenteísmo é um tema constantemente abordado nos serviços públicos de saúde pelo impacto na organização dos serviços e, conseqüentemente, na agenda dos profissionais. Remete-se à discussão da construção social da demanda, assunto que não será discutido nesta publicação. Porém, é necessário que os profissionais dos serviços de saúde construam vínculos com a clientela do território de forma que o encaminhamento não seja apenas uma atitude baseada em uma necessidade normativa, mas sim que leve em conta a subjetividade dos usuários.

O CEO, por ser um serviço de referência, deve estar localizado em local adequado, sem barreiras geográficas, que são um dos fatores do absenteísmo.

Estudos sobre o tema apontam que a vulnerabilidade social é o fator mais frequente para a falta na consulta especializada.

Outros fatores que podem provocar o absenteísmo:

✓ **Do ponto de vista dos serviços:**

- O prazo de espera para o agendamento.
- A antecedência com a qual o usuário deva ser avisado da consulta.
- As orientações recebidas na AB do motivo do encaminhamento.

✓ **Do ponto de vista dos usuários:**

- A desatenção em relação à data da consulta.
- O horário da consulta que, por vezes, inviabiliza o comparecimento por motivos de trabalho, entre outros.
- A impossibilidade de identificar o local da consulta apropriadamente.
- A falta de recursos financeiros para realizar o deslocamento.

✓ **Algumas sugestões para enfrentar o problema:**

- Certificar-se de que o horário da consulta é conveniente para o usuário.
- Envidar esforços para aproximar geograficamente os serviços de referência da AB.
- Informar o usuário sobre o tempo de espera previsto para o agendamento.
- Informar o usuário sobre a data de agendamento com antecedência de pelo menos 20 dias para que tenha condições de se organizar para o comparecimento à consulta.
- Confirmar o comparecimento do usuário à consulta 24 horas antes.
- Solicitar ao usuário que comunique à AB sua impossibilidade de comparecimento à consulta.

Continua

Conclusão

- Orientar o usuário de forma clara e objetiva sobre os motivos do encaminhamento, devendo o profissional certificar-se de que suas explicações foram perfeitamente entendidas.
- Utilizar o recurso da referência lateral ou referência interna para suprir as faltas dos usuários usuários às consultas.

Fonte: Autoria própria.

6.2.1.1.2 Organização da agenda

A organização da agenda dos profissionais do CEO deve garantir que 80% a 90% dela seja voltada ao atendimento clínico, reservando-se 10% a 20% para atividades em grupo, para reuniões de equipe e, em especial, para o matriciamento das equipes de AB.

Para que haja integração entre as equipes de AB e as equipes do CEO, é fundamental que se promovam encontros para discussão de casos e alinhamento de condutas. Desta forma, o responsável pela saúde bucal do município deverá estimular o matriciamento, avaliar se a reserva de 10% para as atividades conjuntas da AB e do CEO é suficiente ou se necessitará de mais tempo.



Atenção!

Para atendimento das metas de um CEO Tipo I (120 horas), considerando o perfil epidemiológico e a configuração da rede de atenção básica, sugere-se como possível composição da equipe:

- 40 horas de Endodontia.
- 36 horas de Cirurgia.
- 20 horas de Periodontia.
- 20 horas de PNE.
- 4 horas Estomatologia.

Sugere-se, a seguir, um parâmetro para a programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês, segundo as especialidades e a carga horária semanal de 20 horas por profissional (quadros 29 a 36). Porém, o responsável pela saúde bucal do município deve ter em mente que as equipes da Atenção Especializada Ambulatorial deverão ter tempo reservado para outras atividades que

são igualmente importantes para um atendimento de qualidade, como reuniões, interconsultas e matriciamento, entre outras atividades, além do atendimento clínico.

Deve-se buscar, junto à gestão municipal de saúde, a disponibilização de instrumentos de integração dos serviços de saúde bucal que permita o atendimento em tempo e modo oportunos, tais como: central de regulação ou algum sistema *on-line* responsável pela marcação de consultas e exames especializados; monitoramento das filas de espera para Atenção Especializada Ambulatorial em saúde bucal.

Quadro 28 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Cirurgia Bucomaxilofacial (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Cirurgia Bucomaxilofacial
Sugestão de agendamento: • 12 pacientes/semana = 48 pacientes/mês. • Reservar um dia da semana para realização de pós-operatório. • Realização de duas a três cirurgias em quatro dias da semana = 8 a 12 cirurgias/semana. • Total de 32 a 48 cirurgias/mês. • Total de vagas/mês disponibilizadas = 48.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 29 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Periodontia (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Periodontia
Sugestão de agendamento: • 18 pacientes/semana = 72 pacientes/mês. • Reservar dois dias da semana para realização de cirurgias e retornos em geral. • Total de vagas/mês disponibilizadas = 72.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 30 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Endodontia (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Endodontia
Sugestão de agendamento: • Tempo de duração da consulta = 60 minutos. • Total de vagas/mês disponibilizadas = 27 a 30. • 80 consultas/mês, sendo necessárias, em média, três sessões por elemento dental, com a margem de uma sessão a mais ou a menos em função da condição dental. • Média de 30 vagas/mês ($80/3 = 26,67$) por profissional.

Fonte: Autoria própria.

A adoção do tratamento endodôntico em sessão única sempre que possível, tendo em vista a grande demanda pela especialidade e a economia de material, poderá otimizar o atendimento na especialidade.

Quadro 31 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Estomatologia (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Estomatologia
Sugestão de agendamento: • 18 pacientes/semana = 48 pacientes/mês. • Tempo de duração da consulta = 40 minutos. Reservar dois dias da semana para cirurgias e retornos em geral. • Total de vagas/mês disponibilizadas = 72.

Fonte: Autoria própria.

Quadro 32 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para pacientes com necessidade especiais (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas).

Pacientes com necessidades especiais
Sugestão de agendamento: • 20 pacientes/semana = 40 pacientes/mês. • Tempo de duração de consulta = 60 minutos. • Agendamento de quatro pacientes/dia. • Total vagas/mês disponibilizadas = 10.

Fonte: Autoria própria.

O número de consultas e o tempo variam de acordo com as necessidades clínicas odontológicas e a colaboração do paciente; porém, sugere-se que, uma vez incluído, deverá ter seu tratamento completado com uma média de seis consultas, devendo-se considerar como parâmetro dez novos pacientes por mês.

Quadro 33 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Próteses Dentárias (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Prótese Total e Prótese Parcial Removível (PPR)
Sugestão de agendamento: • 40 pacientes a cada 6 semanas. • Tempo de duração de consulta = 30 minutos. • Agendamento de oito pacientes/dia.
Prótese Parcial Fixa (PPF)
Sugestão de agendamento: • 20 pacientes a cada 8 semanas. • Tempo de duração de consulta = 60 minutos. • Agendamento de quatro pacientes/dia.

Fonte: Autoria própria.

A decisão da realização de prótese na UBS ou no CEO cabe ao gestor em função da organização do serviço. Deve-se levar em conta o fato de que a confecção das próteses pressupõe consultas clínicas e atividades laboratoriais. A organização da agenda da especialidade na UBS ou no CEO deve considerar os tipos de próteses

ofertadas. Sugere-se, para a confecção de prótese total e prótese parcial removível, de cinco a nove consultas, de acordo com a distribuição constante nos itens 3.3.1.6.1 e 3.3.1.6.2 deste caderno.

É de suma importância que gestores e profissionais planejem nas agendas um período para consultas de ajuste da prótese. Este pode ser reservado ao final do período de atendimento ou reservar um dia da semana. Esta consulta de ajuste assume importância fundamental na confecção de PT e PPR. São aparelhos que se relacionam com tecido mole e que frequentemente provocam ulcerações ou desconforto. O paciente deve ser encorajado a procurar este atendimento. Muitos pacientes tentam fazer os ajustes por conta própria. Quando não obtêm sucesso, desistem do tratamento. Os ajustes corrigem pequenos defeitos que só podem ser observados durante as funções de fonação, deglutição e mastigação, que não são possíveis de serem avaliadas durante a consulta de entrega da prótese.

A demanda por PPF não está bem estabelecida no Brasil. Os inquéritos SB Brasil 2003 e 2010 levantaram a demanda de PT e PPR. Desta forma, fica a cargo do município a decisão por ofertar o serviço, a depender das necessidades da população do território municipal.

A consulta destinada ao preparo do elemento dentário e da coroa provisória poderá demandar mais de uma hora. Este fato deve ser levado em consideração quando da organização da agenda do profissional.

As PPF estão sujeitas a provocar desconfortos de sobrecontorno, dores de ajustes oclusais deficientes e problemas periodontais após a instalação. Assim, na programação da agenda do profissional, também deve constar uma forma de acompanhamento do paciente que recebeu este tipo de procedimento.

Quadro 34 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Ortodontia (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Ortodontia
Sugestão de agendamento: • Consultas: no mínimo 85% da carga horária. • Triagem para avaliação inicial, planejamento, consertos: 13 horas/mês, aproximadamente 15% da carga horária. • Triagem: recomenda-se que as triagens (avaliações) sejam realizadas em grupo de cinco usuários, duas vezes por mês. Nessa oportunidade, serão realizadas orientações gerais sobre o tratamento e pedidos da documentação. • Para cada triagem de cinco usuários, serão reservadas três horas. • Estudo de caso e planejamento da aparatologia: cinco horas/mês • Reparos/consertos: duas horas/mês. • Instalação da aparatologia fixa: duas consultas/usuário.

Fonte: Autoria própria.

A critério do município, pode-se realizar, por turno, seis consultas de instalação/manutenção de aparelho ortodôntico ou ortopédico e duas consultas para avaliação inicial, reestudo, planejamento de tratamento e urgências relacionadas ao aparelho ortodôntico.

Quadro 35 – Parâmetros para programação dos atendimentos clínicos e disponibilização do número de vagas/mês para Implantodontia (base de cálculo: carga horária semanal de 20 horas)

Implantodontia
Sugestão de agendamento: • 4 pacientes/semana = 16 pacientes/mês. • Reservar dois dias na semana para consulta de primeira vez (acolhimento, esclarecimentos sobre o tratamento, avaliação clínica, avaliação dos exames laboratoriais) e planejamento. • Reservar um dia na semana para cirurgia e instalação dos implantes. • Reservar dois dias da semana para a confecção da prótese implantossuportada.

Fonte: Autoria própria.

Vale ressaltar que, nos momentos destinados ao atendimento e/ou ao planejamento dos pacientes novos no dia, devem ser consideradas também as necessidades de encaixes das urgências, preenchimento do absenteísmo e retorno dos pacientes operados para o controle pós-operatório, ajustes protéticos imediatos, além daqueles destinados à preservação específica da especialidade.

6.2.1.2 Profissionais do CEO e as atribuições da equipe

Inicialmente, cabe destacar que a denominação “Centro de Especialidades Odontológicas” reafirma que o equipamento não se caracteriza como um “centro de especialistas”, mas sim como um ponto da rede de Atenção Especializada Ambulatorial que, integrado à AB, promove a cultura da continuidade do cuidado e da assistência.

Semelhantemente às atribuições dos CDs que atuam na AB e demais membros da equipe, os profissionais dos CEOs devem desenvolver as competências no campo relacional, de caráter clínico, de aprendizagem e de gestão, de forma a promover a continuidade do cuidado.

A eSB que atua em um CEO é composta por CD, que detém conhecimento, habilidades e competências para a atenção em área específica de uma especialidade do serviço, sem que isso represente exigência e desempenho exclusivo de especialista, pois requer a compreensão da integralidade do cuidado e da atuação em rede de atenção à saúde.

A integração da equipe do CEO com outros pontos da rede se dá pelo processo de interrelação por meio dos recursos de referência e contrarreferência, pelo matriciamento e pela realização de interconsultas. As equipes dos CEOs poderão realizar o **matriciamento** com os profissionais da AB ou de outro ponto da rede, fomentando a cooperação e a retaguarda especializada às equipes para a construção compartilhada da intervenção pedagógico-terapêutica. A proposta é rever, problematizar e discutir determinados casos contando com o aporte e possíveis modificações de abordagem que o apoio matricial pode levar ao melhor entendimento e, assim, rever o planejamento da intervenção, incluindo ou não a participação direta destes profissionais ou de outros serviços de saúde da rede de acordo com as necessidades. Assim, os CEOs têm dois usuários: os seus próprios e os demais profissionais das equipes de referência da AB com a qual seus usuários serão compartilhados.

A proposta de matriciamento pelo CEO é para que os profissionais possam aumentar a autonomia das equipes da AB, adquirindo, ambas as equipes, novas capacidades técnicas e pedagógicas para os projetos terapêuticos, promovendo a cultura da continuidade do cuidado e da assistência. Para isso, é importante que as equipes da AB e do CEO reservem um tempo fixo semanal, quinzenal ou mensal para o matriciamento.

A **interconsulta** realizada pela equipe do CEO se dá na interface dos encontros e das conversas de duas ou mais áreas de atuação, possibilitando discutir o trabalho integrado da clínica básica com a especializada, dentro das possibilidades das equipes e das necessidades dos usuários.

6.2.1.3 Acolhimento

Sendo o CEO uma referência para tratamento especializado, o acesso a este, como regra geral, será sempre por meio da referência a partir da unidade básica de saúde, para todas as especialidades e efetivadas por meio do Documento de Referência e Contrarreferência, devidamente preenchido e assinado pelo profissional de referência na UBS. No entanto, uma vez em tratamento no CEO, o usuário poderá ser referenciado a outra especialidade, como uma referência lateral, ou seja, dentro do próprio CEO.

Todos os pacientes encaminhados para o CEO devem ser instruídos detalhadamente sobre o que foi realizado na UBS, o porquê de seu encaminhamento e o que será feito no CEO para evitar dificuldades logísticas e de expectativas. É fundamental que os usuários e seus responsáveis, quando houver, sejam instruídos sobre local, horários e documentação necessária para o atendimento.

Quando do acolhimento do usuário no CEO, vale destacar que a anamnese é parte importante, devendo ser realizada para a revisão da saúde sistêmica. É necessário também que seja feito questionamento sobre os procedimentos realizados na UBS.

No âmbito dos CEOs, o acolhimento não difere, em momento algum, daquele preconizado na AB. Há apenas uma pequena diferença de forma, pois, ao contrário

do que acontece na AB, os pacientes que chegam ao CEO já estão previamente agendados; porém, por falta de informação ou por outros fatores, acabam sentindo-se deslocados no ambiente.

Vale ressaltar que especial atenção deve ser dada ao monitoramento de ambientes de conforto, referência e contrarreferência e encaminhamentos internos, educação permanente para os trabalhadores de todas as áreas e reuniões periódicas entre a equipe do CEO, as equipes de AB e os diversos atores que compõem a Rede de Atenção à Saúde Bucal do local para qualificar o modo de acolher os usuários.

6.2.1.4 Organização dos prontuários no CEO

Os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica, com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia (Resolução CFO nº 118/2012).

Com a sistematização da informação pelo e-SUS, os Prontuários Eletrônicos do Cidadão (PEC) serão individualizados e neles serão inseridas todas as informações técnicas e os procedimentos realizados, independentemente do ponto da rede onde aconteçam as ações de cuidado em saúde bucal.

6.2.1.5 Caracterização da demanda e organização da agenda

Devem ser utilizados protocolos de referência e contrarreferência na rede de saúde bucal (veja item 6.1.2.4), contribuindo, assim, com o aperfeiçoamento da dinâmica da rede de serviços do SUS. Os profissionais envolvidos devem ser qualificados para a utilização desse protocolo e ele deve ser pactuado entre os diversos pontos da rede de saúde bucal.

Deve-se buscar, junto à gestão municipal de saúde, a disponibilização de instrumentos de integração dos serviços de saúde bucal que permitam o atendimento em tempo e modo oportunos, tais como: central de regulação ou algum sistema *on-line* responsável pela marcação de consultas e exames especializados; monitoramento das filas de espera para atenção especializada em saúde bucal, além de espaços de diálogo e discussão com e entre os serviços de saúde bucal.

6.2.1.6 Apoio matricial

A equipe do CEO também é responsável pela integralidade em saúde bucal, atuando de maneira articulada com os demais pontos da rede de serviços de saúde bucal, garantindo a continuidade do cuidado e realizando o matriciamento das equipes de Saúde Bucal da AB, integrado ao processo de planejamento locorregional, de acordo com a realidade epidemiológica do município.

Os profissionais do CEO têm formação complementar relacionada ao trabalho que desenvolvem no CEO. Tais qualificações contribuem para: melhorar o desempenho técnico e profissional, para desenvolver novas competências e habilidades (por exemplo, relação do apoio matricial às equipes de Saúde Bucal), compreender o sistema de saúde e o CEO como integrante deste sistema, entender o que é rede de atenção do CEO com AB e Atenção Especializada Hospitalar, bem como melhorar os processos de trabalho, planejamentos e intervenções.

6.2.1.7 Interconsulta

A interconsulta é um momento de encontro entre profissionais, presencial ou virtual, para discussão técnica de casos e esclarecimento de dúvidas a respeito de diagnóstico ou tratamento, e deve ser um instrumento de matriciamento na atenção à saúde bucal. Além das informações escritas no prontuário do paciente ou nas fichas de referência e contrarreferência, a interconsulta por telefone, ou por outros meios de comunicação que transcendem a informação escrita, pode ser realizada sempre que necessário.

Assim, a interconsulta será utilizada como estratégia para conformar a rede de cuidado em saúde bucal e sua regulação. Seria um mecanismo para possibilitar encontros e conversas, uma oportunidade para discutir o trabalho integrado da clínica básica com a especializada dentro das possibilidades das equipes e as necessidades dos usuários.

No âmbito do mesmo ponto da rede, a interconsulta pode e deve ser encorajada especialmente nos casos em que a complexidade da atenção englobe as condições sistêmicas do paciente. Da mesma forma, a interconsulta pode acontecer sempre que houver dificuldades em se estabelecer o diagnóstico definitivo de alguma lesão ou condição. Esta prática pode possibilitar melhor comunicação entre os diferentes profissionais responsáveis pelo atendimento do paciente, tanto entre os da rede de atenção em saúde, como entre os de outras áreas que estejam relacionados.

Exemplo: um paciente idoso medicado com carbamazepina para neuralgia do trigêmeo com erupções cutâneas. Sabe-se que o uso da carbamazepina deve ser suspenso quando ocorrer aparecimento de tais lesões. Nesse caso, faz-se necessária uma interconsulta com um profissional médico e com um profissional farmacêutico para decidir a conduta mais adequada.

Devem ser objeto de interconsultas algumas doenças que podem levar ao aumento da probabilidade do desenvolvimento de câncer bucal e que ainda não possuem protocolo ou conduta específica, tais como: uma série de doenças hipoimunitárias que podem levar ao aumento da probabilidade do desenvolvimento da doença; lesões malignas bucais relacionadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), que têm sido bastante discutidas, particularmente em relação à ocorrência de neoplasias malignas de origem no tecido conjuntivo (linfomas e sarcomas de Kaposi); doenças raras, tais como a anemia de Fanconi; entre outras que também se caracterizam por aumento na ocorrência de carcinomas intrabuciais.

No caso dos pacientes com necessidades especiais, o contato com médicos, fisioterapeutas, educadores, entre outros, muitas vezes é importante para o desenvolvimento do trabalho odontológico específico.

6.2.1.8 Reunião de equipe

A equipe do CEO deve se reunir periodicamente (semanal, quinzenal ou mensal) e utilizar esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros.

6.2.1.9 Participação, controle social, satisfação e canal de comunicação com o usuário

Assegurar aos cidadãos o acesso a informações e a participação na formulação, na implementação e na avaliação das políticas de saúde é ação inscrita no direito à saúde e no exercício da cidadania. O estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade civil no processo de organização de Rede de Atenção à Saúde Bucal, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.

A participação da comunidade – usuários, movimentos sociais, conselhos e outras instâncias do controle social – nas políticas públicas de saúde é de fundamental importância para o desenvolvimento e a qualificação do SUS. O fortalecimento das instâncias de controle e participação social passa pelo aperfeiçoamento dos processos e dos meios de representação, pela qualificação da mediação das demandas populares e pelo reforço das tecnologias e dos dispositivos de apoio para o monitoramento e a fiscalização das políticas governamentais, com transparência e publicização.

6.2.1.10 Educação Permanente em Saúde no processo de qualificação das ações desenvolvidas no CEO

Os processos de reorganização da atenção em saúde bucal vêm exigindo dos profissionais novo perfil, novas habilidades e competências para atuar na integralidade do cuidado. Trata-se de concepções e práticas de saúde que incluem: trabalho em equipe, interdisciplinaridade, compartilhamento de saberes, capacidade de planejar, organizar, desenvolver ações direcionadas às necessidades da população. Esse perfil pode ser aperfeiçoado com a implementação de estratégias de educação permanente, entre outras ações que valorizam o profissional.

Os processos de educação permanente devem ser estruturados de modo a identificar e contemplar as necessidades de aprendizado dos profissionais e os desafios à qualificação do processo de trabalho do CEO. As ofertas de educação

permanente devem ter sintonia com o momento e o contexto dos profissionais, de forma que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade. A qualificação dos profissionais vai contribuir para: melhorar o desempenho técnico e profissional, para desenvolver novas competências e habilidades (por exemplo, relação do apoio matricial às eSB), compreender o sistema de saúde e o CEO como integrante deste sistema, entender o que é rede de atenção do CEO com Atenção Primária/Básica e Atenção Especializada Hospitalar, bem como melhorar os processos de trabalho, planejamentos e intervenções.

Mecanismos virtuais e/ou presenciais – como Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros –, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos, devem ser disponibilizados aos profissionais do CEO.

Deve haver promoção de espaço e atividade de formação e aprendizagem para a formação de profissionais com perfil para atender à necessidade epidemiológica da população. A gerência do CEO pode fazer permanentes articulações interna e externa, transformando o serviço em campo de pesquisa, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação.

A gerência do CEO deve viabilizar cursos de atualização e qualificação para os profissionais (nível médio, técnico ou superior) que atuam no CEO e responsabilizar-se por articular a formulação, a execução e a implementação dessa oferta.

6.2.2 Ações da saúde bucal no CEO

As possibilidades de referenciamento aos CEOs oportunizam as condições necessárias para que as necessidades de tratamento evidenciadas no acolhimento realizado na Atenção Básica tenham um fluxo de acesso a práticas especializadas, na perspectiva de atenção integral à saúde. Dessa forma, permitirão uma abordagem baseada nas necessidades de tratamento que, a partir de um acolhimento inicial, poderão ser continuadas e ampliadas pela articulação entre os pontos de atenção à saúde de diversas densidades tecnológicas, garantindo a resolutividade e a integralidade da assistência. Nesse contexto, há que se considerar as necessidades individuais, as expectativas de resultado e a humanização do atendimento, devendo ainda os profissionais responsáveis observarem a importância do matriciamento e da contrarreferência, possibilitando a racionalização do trabalho e a otimização do cuidado em saúde.

6.2.1.1 Ações de promoção e proteção

O processo educativo é primordial na atenção integral em saúde. Nesse sentido, a Atenção Especializada Ambulatorial também deve propiciar atividades educativas para grupos e indivíduos.

Atividades em grupo, envolvendo informação sobre saúde como um todo, fazem parte desse contexto e podem ser desenvolvidas pelo ASB e TSB, caso haja possibilidade da inserção desse profissional na equipe do CEO.

Recomendam-se os seguintes temas:

- Educação de higiene bucal, com informações e orientação para controle do biofilme dental, especialmente para pacientes que utilizam aparelho ortodôntico e para pais ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais com deficiências físicas e intelectuais severas.
- Orientação de dieta, alertando sobre a ingestão de alimentos cariogênicos.
- Atividades coletivas para controle do tabagismo. A equipe do CEO deve orientar o paciente de alto risco ao câncer de boca, como o tabagista e o etilista, para a mudança de comportamento. Como ação preventiva em todos os níveis de atenção, pode-se destacar a facilidade da abordagem mínima ao paciente tabagista. Com uma breve abordagem na rotina de atendimento (menos de cinco minutos), os profissionais da equipe de saúde podem identificar o grau de intensidade da dependência à nicotina e avaliar, aconselhar e preparar o paciente para a cessação de fumar. Essa abordagem tem como vantagens a facilidade e a rapidez e apresenta maior alcance em saúde pública, alcançando 5% a 10% de cessação em um ano.
- Para os municípios que ofertam prótese no CEO, atividades educativas para orientação dos cuidados com as próteses dentárias.

6.2.2.2 Ações de recuperação e reabilitação

As ações de recuperação e reabilitação no CEO tradicionalmente fazem parte do nível de prevenção secundária e têm como objetivo impedir a progressão e a recorrência da doença. A reestruturação do SUS na perspectiva de rede de atenção é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência em saúde. A Rede de Atenção em Saúde Bucal busca o atendimento integral ao usuário e, para seu desenvolvimento, deve-se buscar a horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que devem estar articulados tanto para a recuperação da saúde quanto para medidas preventivas e de promoção. Na Atenção Especializada Ambulatorial em saúde bucal, os CEOs têm densidade tecnológica intermediária entre a AB e o nível hospitalar e, na conformação da rede de atenção, potencializa respostas positivas às demandas dos usuários. Os CEOs são espaços estruturantes da RAS Saúde Bucal.

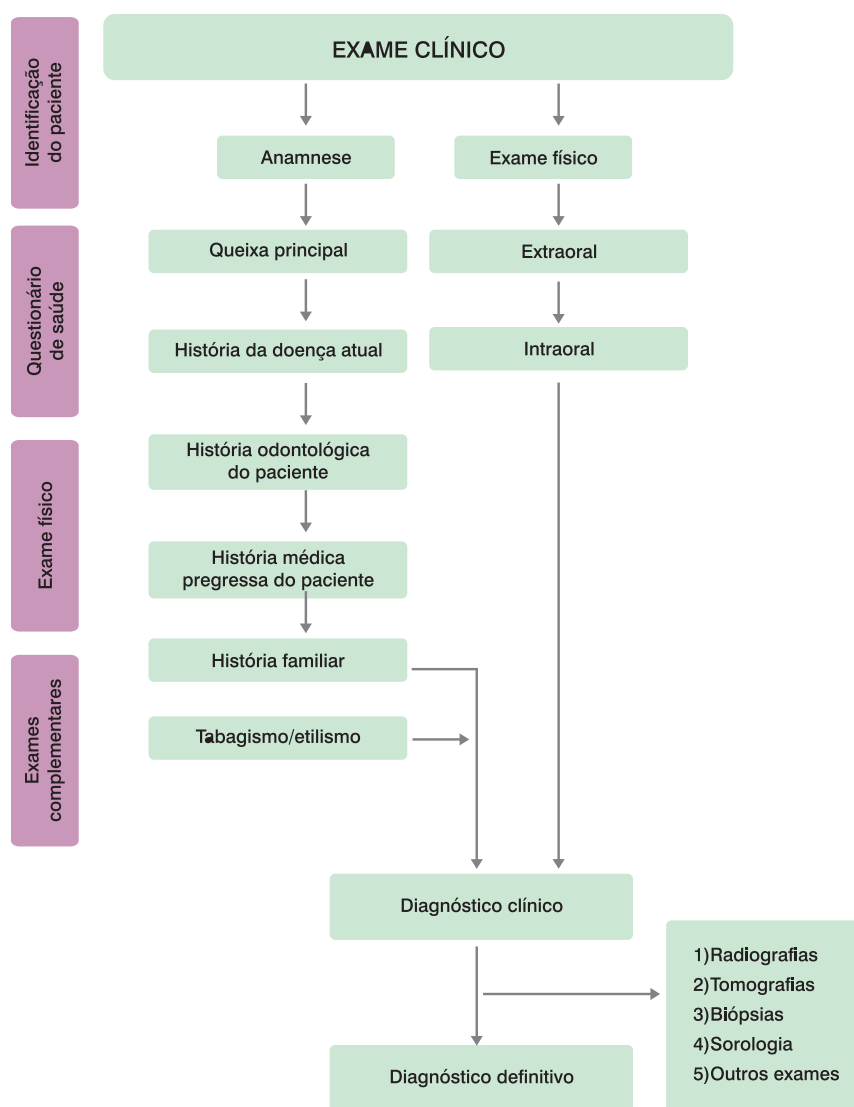
Ações de recuperação e reabilitação realizadas nos CEOs, que contribuem para a oferta da melhor prática de saúde bucal na rede de atenção, estão listadas a seguir.

Exame Clínico

O significado de diagnóstico é “ver por meio de”, ou seja, pelos sinais e sintomas, reconhecer a perda da normalidade. Para isso, é necessário conhecer o normal, usar o conhecimento empírico e o bom senso, além do conhecimento científico nas diferentes áreas.

A realização do exame clínico é inerente ao exercício profissional e precede qualquer atendimento odontológico. Todo paciente encaminhado para avaliação clínica, em qualquer ponto de atenção à saúde, deve ser submetido a um minucioso exame clínico, cujas fases são detalhadas a seguir (Figura 17).

Figura 17 – Exame clínico: anamnese



Fonte: Autoria própria.

A palavra anamnese significa recordar e refere-se ao fato de inquirir o paciente sobre acontecimentos relacionados à sua saúde. A anamnese deve ser realizada de forma a se obter o máximo de informação das condições de saúde do paciente, não só pertinentes ao diagnóstico de uma lesão ou condição bucal específica, mas também para eventual detecção de alteração sistêmica. Uma anamnese bem conduzida pode induzir à suspeição de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão e diabetes, bem como identificar pacientes expostos a fatores de risco a estas doenças, como tabagismo, consumo de álcool, exposição ao sol, outras condições que afetam negativamente a saúde. Uma anamnese bem conduzida garante abordagem integral do paciente, orientando a necessidade de encaminhamentos para outras especialidades e contemplando um enfoque multidisciplinar.

Assim, o primeiro ponto do interrogatório de saúde que caracteriza a anamnese é a **queixa principal**, o motivo que levou o paciente até o ponto de atenção à saúde. O motivo que leva o paciente a buscar assistência odontológica é quase sempre a dor. Da resposta do paciente sobre sua queixa, derivam outras perguntas que ajudam o profissional a definir sua conduta no interrogatório, sua trajetória ao diagnóstico. Na sequência do interrogatório clínico, o profissional precisa estimular o paciente a relatar a **história da queixa atual ou da doença atual**: como, quando e onde começou? Qual o tratamento já realizado? Quais medicamentos tomou? Teve febre? Esses são alguns entre outros questionamentos possíveis para construção da história da queixa atual ou do motivo que levou o paciente a procurar o serviço.

A sequência das perguntas é direcionada ao detalhamento da **história odontológica do paciente**. Em quais condições recebeu atendimento odontológico prévio? O tratamento foi sob anestesia local? Houve algum episódio de hemorragia? Como e quando realiza os cuidados de higiene bucal?

Para conhecermos um pouco da **história médica pregressa do paciente**, deve-se perguntar sobre a presença de DCNT, como diabetes, hipertensão, e alergias. Esse levantamento médico deve incluir, também, perguntas sobre doenças infectocontagiosas, cardiovasculares, respiratórias, e até mesmo se houve hospitalizações ou cirurgias prévias. Também é importante perguntar sobre o uso de medicamentos de uso contínuo. De maneira complementar, a anamnese fornece informações sobre história social e uma visão geral do tipo de alimentação e hábitos do paciente, estabelece uma forma de comunicação e dimensiona o grau de compreensão e entendimento do paciente.

A anamnese deve englobar a avaliação do **tabagismo**, incluindo aqui a mensuração do grau de dependência de nicotina, por meio do questionário específico (Fagestron) ou por meio da abordagem mínima.



Saiba Mais:

Sobre abordagem mínima: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ Metodologia_do_tratamento_do_tabagismo_no_SUS.pdf>.

Outro ponto fundamental é a avaliação da autopercepção do paciente sobre sua condição bucal: o que vê, o que sente e o impacto na sua qualidade de vida. Situações específicas, como a avaliação do paciente cardiopata, portador de necessidades especiais, ou ainda portador de doença infectocontagiosa, por exemplo, requerem uma anamnese mais direcionada para DCNT. Esse direcionamento está apresentado no *box* “Especialidades da Anamnese”.

Tópicos especiais na anamnese

O profissional pode se deparar com três situações básicas em relação ao estado mórbido pregresso do paciente:

- a) O paciente desconhece qualquer anormalidade sistêmica.
- b) O paciente está ciente de sua condição sistêmica, mas não se trata.
- c) O paciente está ciente de sua condição sistêmica, está compensado e em tratamento.

Assim, na anamnese, no tópico de inventário de saúde, o profissional deve abordar os seguintes dados, em conformidade com a situação descrita anteriormente:

- Se o paciente é portador de condições crônicas, é preciso conhecer o grau e o tipo de doença, assim como suas comorbidades, tratamentos e avaliar as repercussões, se houver.
- Se o paciente é **portador de neoplasia maligna**, procure conhecer o tipo de neoplasia, localização do tumor e o tipo de tratamento a ser realizado (cirurgia e/ ou radioterapia e/ou quimioterapia), bem como o estado geral de saúde e as condições gerais.
- Para avaliar o paciente portador de **aids**, atente-se para a história clínica, atual e pregressa, medicações em uso e comorbidades, assim como lesões estomatológicas fúngicas, virais e queilite angular, candidíase leucoplásica etc.
- Para avaliar o paciente portador de **hepatite**, é fundamental saber qual é o tipo de doença, os tratamentos já realizados ou se está em fase de tratamento.
- Na avaliação de pacientes **cardiopatas**, é preciso conhecer a história clínica, atual e pregressa, gravidade e tipo das alterações cardiovasculares, suas complicações, medicações em uso, cirurgias cardíacas, uso de próteses cardíacas, episódios de angina do peito e infarto do miocárdio, comorbidades e cuidados a tomar. Também é fundamental conhecer as medicações em uso, especialmente, anticoagulantes e o tipo correto de anestésico.

- Na avaliação de pacientes **nefropatas**, atente-se para:
 - ✓ A identificação da causa da insuficiência renal crônica (IRC) e suas repercussões sistêmicas (hipertensão, diabetes, anemia, alterações de coagulação, neuropatia, encefalopatia, imunodeficiência).
 - ✓ O tipo de tratamento médico atual, se conservador, diálise ou transplante.
 - ✓ Os tipos de medicamentos utilizados.
 - ✓ Os tipos de acesso vascular (*shunt*, fístula ou enxerto) e os dias de realização da diálise (se for o caso).
- Na avaliação de pacientes com **coagulopatias**, busque:
 - ✓ Conhecer o grau e o tipo de doença e/ou alteração de coagulação, assim como suas comorbidades.
 - ✓ Registrar os medicamentos dos quais o paciente faz uso e certificar-se caso algum medicamento tenha alguma contraindicação para uma intervenção odontológica/cirúrgica, como o AAS (ácido acetilsalicílico).
- Se o paciente é **transplantado**:
 - ✓ Registre o tipo e o período do transplante, estado geral de saúde e condições gerais, medicações e comorbidades.
- Se o paciente faz uso de **bisfosfonatos**:
 - ✓ Busque informações sobre o tipo, a via de administração e o tempo de uso do bisfosfonato, a presença de comorbidades, e avalie a presença de fatores de risco para desenvolvimento de osteonecrose nos maxilares.
 - ✓ O bisfosfonato também deve ser considerado em pacientes com necessidade de procedimentos cirúrgicos, especialmente implante, pois interfere diretamente sobre a remodelação e a vascularização óssea.

- Se o paciente tem alguma **doença mental**:
 - ✓ Procure conhecer a doença, histórias de crises, medicações, comportamento, condições de socialização e internações.
 - ✓ Verifique o estado de saúde do paciente, registrando o uso de antipsicóticos, antidepressivos, demais medicações usualmente indicadas, a possibilidade de medos, visões, alucinações, ansiedade, perda de interesse pelas coisas de que gostava, sentimento de culpa, sofrimentos e afastamento social.
- Para pacientes com **autismo**:
 - ✓ Tente conhecer as características de comportamento e sua rotina (avale as possíveis comorbidades que podem estar associadas, como síndrome de Down, paralisia cerebral, síndrome de Tourett, síndrome de Turner, síndrome de Willians, esclerose tuberosa e deficiência auditiva e visual, fenilcetonúria não tratada e deficiência intelectual, que ocorrem em 80% dos casos).
 - ✓ Se o paciente tem deficiência auditiva, verifique as potencialidades e o grau da deficiência, encontre uma forma de comunicação, como Libras, mímica clara e simples, escrita, desenhos. No caso de outras deficiências, o princípio é o mesmo: avalie o grau e as potencialidades de cada paciente.
- Para pacientes com outras **necessidades especiais**:
 - ✓ Avalie as condições físicas, sociais e emocionais do paciente. Na maioria dos casos, é neste momento que surgirão as questões sobre as necessidades especiais e os cuidados a serem tomados durante o tratamento odontológico. Se o próprio paciente não tiver condições de responder às perguntas da anamnese, estas devem ser direcionadas aos cuidadores, familiares ou responsáveis que o acompanham.
- Para pacientes **gestantes**:
 - ✓ Registre o período gestacional e avalie a possibilidade de riscos na gravidez, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante.
- Na avaliação do paciente com **indicação de tratamento cirúrgico**, é preciso coletar dados da situação socioeconômica e das condições locais e sistêmicas para permitir a realização do planejamento cirúrgico e identificar a melhor

oportunidade para a intervenção, evitando-se, assim, intercorrências durante o trans e o pós-operatório.

- Na avaliação de pacientes portadores de **doença periodontal**, observe os seguintes aspectos essenciais:
 - ✓ Tabagismo (abordagem mínima).
 - ✓ Diabetes (sim, não, tipo, controle).
 - ✓ Histórico familiar de doença periodontal (pais, irmãos, parentes próximos).
 - ✓ Histórico de tratamentos periodontais anteriores.
 - ✓ Uso de medicamentos bloqueadores de canais de cálcio, reguladores neurológicos e imunossupressores.
 - ✓ Uso de anticoagulantes.
 - ✓ Presença de válvulas cardíacas protéticas que requeiram antibioticoprofilaxia.
 - ✓ Hábitos de higiene bucal, principalmente incluindo uso de agentes interproximais.
 - ✓ Autopercepção de sinais e sintomas das doenças periodontais, incluindo halitose e hipersensibilidade dentinária.
- Para pacientes que necessitam de **tratamento endodôntico**:
 - ✓ Observar critérios estabelecidos para o tratamento endodôntico, quanto a pacientes:
 - Cardiopatas.
 - Hipertensos.
 - Diabéticos.
 - Gestantes.
- Na avaliação de pacientes que serão atendidos na **implantodontia**, avalie também:
 - ✓ A capacidade colaboradora do paciente para uma reabilitação por meio de implantes osseointegrados.
 - ✓ A necessidade de terapia com sobredentadura implantossuportada, em que o paciente será submetido à cirurgia ambulatorial sob anestesia local e possível sedação via oral.
 - ✓ Qual o melhor momento para que o paciente seja submetido à intervenção cirúrgica, de acordo com o plano de tratamento com implantes osseointegrados e sua condição sistêmica.

- Na avaliação de pacientes com necessidade de **anestesia geral**, siga os mesmos cuidados descritos para pacientes com **indicação de tratamento cirúrgico**.
- Na avaliação de pacientes que necessitam de **próteses dentárias**, busque conhecer também a autopercepção da situação bucal presente.
- Se o paciente apresenta necessidades **ortodônticas**, avalie também:
 - ✓ As condições físicas (altura, peso, postura, dicção).
 - ✓ Estágio de desenvolvimento e maturação. Tipo de parto, alterações congênitas, doenças da infância, alergias, antecedentes familiares, tratamento médico, uso de medicamentos, intervenções cirúrgicas.
 - ✓ Hábitos alimentares.
- Ainda, avalie se o paciente apresenta queixas recentes, como:
 - ✓ Cabeça: cefaleia, vertigem, desmaio, insônia.
 - ✓ Ouvidos: diminuição da audição, tinido (zumbido), dor.
 - ✓ Olhos: embaçamento, visão dupla, lacrimejamento em excesso, secura, dor.
 - ✓ Nariz e seios paranasais: rinorreia, epistaxe, dificuldade de respirar pelo nariz, dor, alteração do olfato.
- Avalie se o paciente tem queixas de sintomas recentes: febre, suor ou sudorese, perda de peso, fadiga, mal-estar, perda de apetite.

Exame clínico: exame físico

O exame físico consiste na avaliação objetiva do paciente. Deve englobar as regiões extra e intraoral, de maneira sistematizada. Todas as estruturas anatômicas necessitam ser avaliadas, independentemente da existência ou não de lesão, condição ou queixa. Para realizar o exame físico, utilizam-se os cinco sentidos, especialmente visão e tato. O exame físico provê informações como dimensão, cor, consistência, forma de implantação, localização, entre outras características, e não deve ser direcionado apenas ao diagnóstico de uma ou outra lesão, mas compor a análise do paciente em sua plenitude.

O exame físico, por sua vez, é dividido em exame extrabucal e intrabucal.

Exame físico extrabucal

O exame físico extrabucal é realizado por meio da inspeção, palpação e avaliação funcional da forma facial, pele facial, tecidos faciais, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço e ATM. É essencial verificar o formato do rosto do usuário, perfil e suporte labial.

O exame extrabucal avalia a face, de frente e perfil, e busca verificar assimetrias, determinar a relação maxilomandibular, a posição do pescoço, do nariz e dos lábios, a musculatura e, muito importante, a presença clínica de linfonodos palpáveis. Também no exame físico extraoral podem ser avaliados os movimentos mandibulares de abertura, fechamento, lateralidade e excursivos, bem como a articulação temporomandibular (ATM). As glândulas salivares maiores são objeto dessa parte do exame e devem ser avaliadas quanto à presença de edemas ou nodulações. Os lábios, bem como toda a pele da face e do pescoço, devem ser inspecionados à procura de endureções, nodulações, fissuras, descamações ou alterações de cor.

É recomendável a inspeção, a palpação e a avaliação dos seguintes tópicos:

- Padrão facial.
- Tipo de perfil facial.
- Altura e equilíbrio de terços faciais.
- Presença de assimetria.
- Análise funcional (respiração, fonação, deglutição, mastigação, postura, movimentos mandibulares, ATM).
- Avaliação muscular (facial, perioral, língua).

Sequência de intervenção

- Comece avaliando a morfologia craniofacial óssea, muscular e tegumentar.
- Avalie a ATM quanto aos aspectos de sintomatologia dolorosa, ruídos articulares e limitação de movimento.
- Verifique a ocorrência de perfil esquelético associado à maloclusão de classe II e III, ou problemas verticais (mordida aberta, por exemplo) ou laterolaterais.
- Avalie a região peribucal e atente-se às manchas, bolhas, úlceras em pele e mucosas dos lábios ou, ainda, aos problemas de mastigação, de fala e halitose.
- Verifique a presença de nódulos, abscessos ou edemas na região.
- Palpe os linfonodos regionais, examinando-os quanto à consistência (mole ou duro), mobilidade (móvel ou fixo) e sensibilidade (doloroso ou indolor) à palpação.

Exame físico intrabucal

O exame físico intrabucal é realizado por meio da inspeção, palpação e avaliação funcional da mucosa, dos dentes e das estruturas de suporte.

Segue recomendação de sequência para realização de exame intraoral.

Sequência de intervenção

- Comece pela avaliação da mucosa oral e das estruturas de suporte, para então dedicar-se ao exame dos dentes.
- Observe alterações na consistência, na coloração e/ou nas sintomatologias associadas às mucosas de revestimento (mucosa jugal, assoalho bucal, ventre da língua, palato mole/duro e lábios), mucosas mastigatórias (gengivas e palato duro), mucosas especializadas (dorso da língua), rebordos ósseos, mucosas de orofaringe e morfologias de tonsilas palatinas.
- Faça avaliação estomatológica em busca de lesões. As mais comuns são candidose e hiperplasias. No entanto, atente-se também para o diagnóstico de leucoplasia, líquen plano, de queilite actínica e de eritroplasia. Embora raras, são importantes em função do potencial de malignidade presente.
- Com respeito à dentição, avalie:
 - ✓ Número, cor, forma, posição e desenvolvimento dos dentes.
 - ✓ Presença de mobilidade dentária.
 - ✓ Presença de cáries, restaurações, fraturas ou presença de manchas.
 - ✓ Tipo de oclusão e dentição antagonista.
 - ✓ Restos radiculares visíveis.
 - ✓ Fase e desenvolvimento da dentição (sequência e cronologia eruptiva).
 - ✓ Arcos dentais e relação entre eles (relação transversal, tipo de maloclusão, linha média, trespasse horizontal e vertical dos incisivos, curva de Spee).
- Verifique os freios labial e lingual.
- Observe (além dos exames de rotina) o preenchimento da ficha periodontal, incluindo:
 - ✓ Índice de placa visível.
 - ✓ Índice de sangramento gengival.
 - ✓ Fatores retentivos de placa.
 - ✓ Profundidade de sondagem.
 - ✓ Nível de inserção clínica.
 - ✓ Condições de higiene bucal.

- No caso de suspeitas de comprometimento pulpar, em decorrência de cárie ou trauma, realize:
 - ✓ Percussão horizontal e vertical (com o cabo do espelho).
 - ✓ Palpação na porção apical.
 - ✓ Teste de vitalidade pulpar com gás refrigerante ou gelo. Lembrando que este teste de vitalidade pulpar é contraindicado em caso de trauma em dente decíduo.
- No caso de halitose ou queixa de xerostomia, avalie:
 - ✓ Fluxo salivar.
 - ✓ Características físicas da saliva.
- Verifique aspectos de fonação, deglutição, função mastigatória e possíveis parafunções.

Cuidados adicionais

Para a realização do exame intrabucal, os lábios são evertidos, permitindo a avaliação da mucosa, das inserções musculares e de quaisquer outras possíveis alterações. A mucosa jugal deve receber especial atenção quanto aos aspectos de cor, consistência ou ulcerações, usando-se, para isso, a palpação bilateral. Da mesma forma, a língua deve ser observada nas regiões ventral, dorsal e lateral, bem como na sua base, de preferência, usando-se um apoio com uma gaze. Papilas digitiformes devem estar presentes. A ausência dessas características pode significar estado anêmico, diabetes (língua careca) ou presença de lesões conhecidas como **língua geográfica**.

O palato deve ser observado especialmente buscando-se alterações eritematosas típicas da candidíase, alteração da forma, presença de lesões ou nodulações ou, ainda, exostoses conhecidas como **torus**. As gengivas normalmente não apresentam edemas, têm contorno nítido e coloração rósea.

Na sequência do exame clínico, pode-se estabelecer a análise dos sinais vitais, aferindo a pressão arterial, verificando o pulso e as frequências cardíaca e respiratória. Os sinais vitais, bem como todas as informações prestadas na anamnese e as características percebidas no exame físico, devem ser registrados no prontuário do paciente, sendo uma exigência legal.

Exames complementares

Os exames complementares constituem um conjunto de instrumentos semiológicos que auxiliam no estabelecimento do diagnóstico. Os exames complementares podem ser de natureza imaginológica, laboratorial ou clínica. Nem sempre o exame clínico é suficiente para estabelecimento de um diagnóstico. Os exames imaginológicos, os

laboratoriais e a biópsia complementam as informações conseguidas por meio da anamnese e do exame físico, sendo imprescindíveis em alguns casos.

Em algumas situações, a avaliação clínica do paciente por outro profissional, numa abordagem multiprofissional, faz-se necessária, por exemplo, nos casos de alterações sistêmicas que podem interferir na condução do tratamento, comprometendo a segurança do paciente. No quadro seguinte, apresentam-se algumas dessas situações, que podem acontecer previamente ao atendimento odontológico, em especial, ao tratamento cirúrgico (implantes, cirurgias periodontais ou paraendodônticas, cirurgias para remoção de lesões, cirurgias pré-protéticas etc.) (Quadro 36).

Quadro 36 – Abordagem multidisciplinar

- Avaliações pelo **cardiologista**: cardiopatias congênitas ou adquiridas diversas, como hipertensão arterial, histórico de infartos do miocárdio, angina pectoris (angina do peito), acidente vascular cerebral, aterosclerose.
- Avaliações pelo **endocrinologista**: doenças metabólicas, como diabetes *mellitus* tipo I ou II, dislipidemia (alterações nos lipídeos, como colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos), hipotireoidismo ou hipertireoidismo.
- Avaliações pelo **hematologista**: doenças e/ou alterações sanguíneas, como anemias diversas, alterações de coagulação (coagulopatias), alterações imunológicas.

Fonte: Autoria própria.

Exames complementares: exames por imagem

O diagnóstico por imagem é parte indispensável da prática médica e odontológica contemporânea. O exame radiográfico permite a visualização de estruturas ósseas e dentárias com o auxílio dos raios X. Embora seja um exame complementar de diagnóstico, tornou-se fundamental na prática clínica por fornecer dados técnicos, anatômicos e legais importantes a uma baixa dose de radiação. O exame radiográfico permite avaliar a relação entre uma estrutura e/ou lesão com o osso e estruturas anatômicas subjacentes, e, em caso de lesões, dimensionar o tamanho, bem como outras características como bordas, radiopacidade, presença de halos etc.

As indicações para realização do exame radiográfico são várias, tais como: dentes impactados, atrasos na erupção, migração ou posicionamento atípicos de dentes, presença de tumefações ou abaulamentos, presença de anomalias dentárias, trauma facial ou dentário, pesquisa de corpos estranhos, suspeita clínica de doenças do seio da face, anormalidades de crescimento facial, disfunção da ATM, perdas dentárias, morfologia alterada dos dentes, reabsorções dentárias, lesões de cárie, periodontopatias, periapicopatias e outras lesões dentárias e dos ossos maxilares.

Justifica-se, ainda, esta indicação para pacientes portadores de próteses totais, a fim de investigar a presença de restos radiculares ou dentes inclusos sob suas próteses.

A solicitação de exames radiográficos deve ser individualizada e estar de acordo com as indicações clínicas. A radiografia panorâmica pode ser usada como exame de triagem nos casos de necessidade de visualização ampla de todo o complexo maxilomandibular. No entanto, para visualização de detalhes das estruturas dentárias e ósseas circunjacentes, a radiografia periapical é mais indicada.

- Radiografia intrabucal periapical: tanto em maxila como em mandíbula, permite avaliar altura óssea por seguimentos limitados, bem como dentes remanescentes e restos radiculares.
- Radiografia interproximal: também conhecida como técnica de asa de mordida (*bite wing*), é realizada para avaliar superfícies proximais dos dentes superiores e inferiores, simultaneamente. A técnica utiliza um bloco de mordida/aleta para manter o filme radiográfico ou sensor/placa de fósforo em posição, com a mordida do paciente. Radiografias interproximais são particularmente úteis na detecção de lesões de cárie em faces proximais, nos estágios iniciais de seu desenvolvimento, na detecção de lesões de cárie secundárias e oclusais e também na distância entre a lesão de cárie e a polpa dentária, bem como na avaliação da condição óssea interproximal e da adaptação de restaurações.
- Radiografia extrabucal panorâmica: objetiva avaliar, em maxila, os seios maxilares e fossas nasais para identificar altura de rebordo alveolar; e, em mandíbula, o posicionamento dos forames mentonianos e a distância entre eles, assim como a altura do rebordo remanescente; tanto para maxila quanto para mandíbula, permite identificar possíveis lesões ósseas preexistentes que possam contraindicar o tratamento, assim como dentes remanescentes e restos radiculares.
- Tomografia computadorizada feixe cônico (*cone beam*): possibilita esclarecer a densidade e a espessura óssea dos rebordos remanescentes, tanto em maxila como em mandíbula, além de evidenciar acidentes anatômicos importantes.
- Para casos de cirurgia em geral, solicitar exames de imagens, como:
 - ✓ Radiografias periapicais, oclusais, panorâmica, cefalometrias de perfil e frontal, demais radiografias craniofaciais.
 - ✓ Tomografias computadorizadas helicoidais craniofaciais, tomografias computadorizadas de feixe cônico (*cone beam* para cirurgias de implantes) craniofaciais.
 - ✓ Ressonância nuclear magnética (RNM) craniofacial com ou sem contraste.

- ✓ Ultrassonografias (USG).
- ✓ Cintilografias ósseas.
- Para realização do tratamento da doença periodontal, solicitar:
 - ✓ Radiografia periapical de áreas com $\geq 2/3$ do comprimento da raiz com perda de inserção (em até três áreas radiografáveis).
 - ✓ Radiografia panorâmica em indivíduos com $\geq 2/3$ do comprimento da raiz com perda de inserção generalizada (que não pode ser radiografado em três filmes radiográficos).
- Para avaliação dos casos de doença periodontal, solicitar:
 - ✓ Hemograma, coagulograma, glicemia.
- Para os tratamentos endodônticos, solicitar:
 - ✓ Radiografia periapical.
 - ✓ Tomografia dental (em casos especiais).
- Para os tratamentos ortodônticos, solicitar:
 - ✓ Para o diagnóstico de alterações que possam comprometer o desenvolvimento normal das estruturas orofaciais, pode-se solicitar a videonasolaringoscopia e a polissonografia, exames solicitados normalmente pelo médico, para o diagnóstico da apneia obstrutiva do sono.
 - ✓ Fotografias:
 - Extrabuciais: frente, perfil, sorriso.
 - Intrabuciais: oclusal, lingual, frontal, lateral direita e esquerda.
 - ✓ Radiografias:
 - Panorâmica.
 - Telerradiografia em norma lateral e frontal.
 - Periapicais.
 - Mão e punho.

- Modelos de estudo (superior e inferior).
 - Tomografias computadorizadas.
- Para pacientes portadores de deficiência, solicitar:
 - ✓ Radiografia panorâmica e periapical nos casos em que for necessária a pesquisa de focos infecciosos presentes.
- Para cardiopatas, solicitar:
 - ✓ Exames complementares de imagem (preferencialmente radiografia panorâmica para avaliação da situação bucal e presença de focos infecciosos).
- Em casos de realização de procedimentos invasivos em pacientes com **neoplasias malignas**, solicitar:
 - ✓ Radiografia panorâmica, visando à busca de possíveis focos infecciosos.
 - ✓ Demais exames de imagem, conforme a necessidade individual do paciente.

A radiologia pode ser inserida na Atenção Básica como suporte para diagnóstico, usando-se da estrutura da Atenção Especializada Ambulatorial ou mesmo Hospitalar. A solicitação de exames radiográficos na AB deve ser considerada como abordagem complementar.

Exames complementares: exames laboratoriais

Os exames laboratoriais são solicitados comumente antes de procedimentos cirúrgicos. Para mais detalhes, sugerimos consultar a literatura especializada, em face da dimensão do tópico não condizente com o propósito deste material.

Os exames laboratoriais mais comumente requisitados na odontologia são:

- Hemograma.
- Plaquetograma.
- Tempo de sangramento (TS).
- Tempo de protrombina (TP).
- Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA ou KTPP).

- Razão normalizada internacional (RNI ou INR).
- Glicemia de jejum.
- Creatinina e ureia.
- Exame qualitativo de urina (EQU).
- Fosfatase ácida (FAC).
- Fosfatase alcalina (FA).
- Cultura e antibiograma.
- Hemograma completo: permite avaliar as condições gerais do paciente, sistema imunitário, condição hepática e renal, presença de infecções ocasionais, avitaminoses e outros distúrbios que possam vir a comprometer a cicatrização dos implantes osseointegrados.
- Coagulograma completo: permite avaliar cascata de coagulação, possíveis distúrbios e uso continuado de anticoagulantes.
- Glicemia em jejum: permite avaliar dosagem glicêmica esporádica do paciente que, no caso de diagnóstico de diabetes *mellitus* descompensada, seria contraindicado o tratamento com implantes osseointegrados.

Exemplos de situações em que é essencial a solicitação de exames laboratoriais:

- Em casos de realização de procedimentos invasivos em **pacientes diabéticos**, solicitar:
 - ✓ Hemograma com plaquetas (variações quantitativas e qualitativa das hemácias, leucócitos e plaquetas).
 - ✓ Coagulograma (TP, TTPA e INR).
 - ✓ Glicemia de jejum.
 - ✓ Hemoglobina glicada ou glicosilada (HbA1c).
- Em casos de realização de procedimentos invasivos em pacientes com **hepatite**, solicitar:
 - ✓ Hemograma com plaquetas (variações quantitativas e qualitativa das hemácias, leucócitos e plaquetas).

- ✓ Coagulograma (TP, TTPA e INR).
- Em casos de realização de procedimentos invasivos em pacientes **HIV positivos**, solicitar:
 - ✓ Contagem de CD4.
 - ✓ Hemograma com plaquetas (variações quantitativas e qualitativa das hemácias, leucócitos e plaquetas).
 - ✓ Coagulograma (TP, TTPA e INR).
 - ✓ Avaliação médica (por escrito ou por telefone).
- Em casos de realização de procedimentos invasivos em pacientes **com neoplasias malignas**, solicitar:
 - ✓ Hemograma com plaquetas (feito no dia do procedimento).
- Em casos de procedimentos **cirúrgicos em geral**, solicitar exames laboratoriais, como:
 - ✓ Hemograma, coagulograma, glicemia, ureia e creatinina plasmática, TGO e TGP.

O preenchimento do formulário para requisição de exames é fundamental e deve conter os dados clínicos observados, sua descrição detalhada e a hipótese clínica. A análise dos resultados dos exames solicitados é de competência do CD.

Exames complementares: biópsia cirúrgica

A biópsia consiste na retirada cirúrgica de um fragmento de tecido de um ser vivo para exame histopatológico. É um recurso que permite melhor definição terapêutica para cada doença, podendo ser executada tanto na AB quanto na Atenção Especializada Ambulatorial. Ela pode ser incisional, quando parte da lesão é removida cirurgicamente para análise histopatológica, ou excisional, quando toda a lesão é removida. A biópsia excisional pode ser realizada quando o profissional tem convicção de não estar diante de uma lesão maligna ou quando está óbvia a natureza localizada e não invasiva da doença, devendo-se considerar as dimensões da lesão e a possibilidade de sua remoção cirúrgica ambulatorial.

A peça obtida por biópsia incisional, por ser um procedimento amostral, quanto mais seca e visualizável for a região operada, melhores serão as possibilidades de amostras que facilitem o trabalho do patologista. Após a obtenção da peça cirúrgica, seja por biópsia incisional ou excisional, o material deverá ser fixado em formol a 10% num volume de líquido de pelo menos dez vezes maior que a peça obtida para não sofrer deterioração. Normalmente, encontra-se no mercado o formol a 40%, que deverá ser diluído em água destilada ou filtrada na proporção de uma parte de formol a 40% para três partes de água. Toda peça obtida por biópsia deve ser encaminhada a um serviço de anatomopatologia, acompanhada de uma ficha de requisição própria (Anexo C – Requisição de exame anatomopatológico), contendo detalhes da região, características da lesão e hipótese diagnóstica.

Exames complementares: citologia

Citologia esfoliativa é o exame microscópico do material raspado da superfície da lesão da mucosa bucal. É um procedimento fácil, rápido, porém de pouca especificidade. Portanto, há que se verificar se haverá retorno do resultado para o profissional requisitante e/ou se é possível interação com o citopatologista. Esses cuidados são importantes porque há grande número de falsos positivos.

O exame citológico pode ser realizado com espátulas de madeira ou com escovas, passando-as sobre a lesão e imediatamente transferindo o material para uma lâmina de vidro. O resultado é mais preciso em lesões que possibilitam coletar mais material, por exemplo, em lesões ulceradas.

A realização de citologia esfoliativa e/ou de biópsia pressupõe a existência de um serviço de anatomopatologia de referência para que o paciente possa receber o diagnóstico microscópico e, posteriormente, ser encaminhado para o tratamento adequado. É necessário que os pontos de atenção à saúde estabeleçam, com a rede municipal, os fluxos e as referências para laboratórios de anatomopatologia. Preferencialmente, estes laboratórios devem possuir um especialista em patologia bucal, reconhecido pela Portaria nº 566 SAS, de 6 de outubro de 2004, artigo 3º. Caso esta referência não exista, sugere-se aos gestores a vinculação a um serviço de anatomia patológica da rede. Todas as peças operatórias removidas obrigatoriamente devem seguir para exame anatomopatológico.

6.2.2.3 Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial

Terapia medicamentosa

A terapia medicamentosa para os procedimentos cirúrgicos deverá considerar:

- Prescrição de analgésico (ex.: paracetamol 750 mg) e/ou anti-inflamatórios não esteroidais, em intervalos de horas correspondentes às meias-vidas da droga utilizada, na expectativa e/ou presença de dor e inflamação.

- A prescrição de solução de digluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
- A prescrição de dexametasona 8 mg, preferencialmente no pré-operatório, uma hora antes da cirurgia, em procedimentos múltiplos, ostectomia e odontosseção.
- A antibioticoterapia, sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão.
- A observação de protocolos para antibioticoterapia profilática em pacientes com condições especiais.
- A possibilidade da prescrição de ansiolíticos via oral, no pré-operatório.

Conduta em caso de urgência/emergência

- Em caso de urgência, prescrever medicação de controle da dor/inflamação e infecção, se for o caso.
- Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência, e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência da Atenção Especializada Hospitalar ou Unidades de Pronto Atendimento.

Proservação

Na preservação de procedimentos cirúrgicos, considerar:

- Entre sete e dez dias após o tratamento cirúrgico e remoção de suturas, o paciente deverá ser reavaliado.
- Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento devem ser contrarreferenciados para a AB.
- Pacientes que apresentarem alguma intercorrência no trans ou pós-operatória permanecerão sendo acompanhados no próprio CEO.
- Pacientes que se submeteram a biópsias deverão ser contrarreferenciados para AB para entrega/discussão do laudo e elaboração do plano de tratamento.

Cuidados

Quanto ao procedimento:

- A natureza invasiva do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- O risco de complicações infecciosas dos seios da face; caso ocorra, encaminhar ao serviço de referência especializado em nível terciário.
- O risco de traumas aos dentes adjacentes, de lesão aos nervos alveolar inferior, lingual e infraorbitário e de fraturas ósseas; caso ocorra traumas aos dentes adjacentes, avaliar a necessidade de encaminhamento para tratamento endodôntico.
- Comunicação bucossinusal e/ou buconasal e o risco de não fechamento primário de fístula bucossinusal em única tentativa.
- Em cirurgias para enxerto, o risco de exposição e infecção com consequente perda da peça transplantada/implantada.
- Quanto à sequência da intervenção no pré-operatório:
- Antissepsia extrabucal com clorexidina a 2% ou 4% ou PVPI degermante.
- Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina a 0,12% por um minuto.
- Assepsia com colocação de campo cirúrgico estéril.
- Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas.
- Anestesia por bloqueio regional e/ou terminal infiltrativa do dente e das estruturas anexas.

Quanto à sequência da intervenção no pós-operatório:

- Aplicação de gelo local nas primeiras 24 a 48 horas.
- Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada durante um, dois dias.
- Aplicação de calor após as primeiras 48 horas.
- Higienização da área cirúrgica com clorexidina a 0,12% (não bochechar nas primeiras 24 a 48 horas).
- Administração da medicação prescrita.

Condutas clínicas

- **Exodontias complexas de retenções, inclusões ou impactações dentárias, cirurgias de tracionamento dentário com finalidade ortodôntica, transplantes dentais autógenos**

Indicadas para remoção e/ou aproveitamento de dentes inclusos, com maior frequência os terceiros molares superiores e inferiores, por indicação preventiva, ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estes.

Considerar a possibilidade de reaproveitamento do dente durante tratamento ortodôntico ou para transplante dental.

Sequência de intervenção

- Incisão com extensão proximal dos dentes envolvidos de forma a permitir o acesso e a exposição do sítio cirúrgico.
- Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e na lavagem do campo operatório.
- Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal.
- Identificação da condição de impactação óssea e relação com dentes ou estruturas vizinhas.
- Osteotomia para acesso (se necessário) e odontosseção (se necessário) com brocas cirúrgicas em alta rotação, copiosamente irrigadas com solução fisiológica estéril, ou ainda com brocas e micromotores de baixa rotação irrigados abundantemente.
- Em casos de transplantes dentais, preparo do sítio receptor e remoção da unidade doadora a ser transplantada com o mínimo de trauma do ligamento periodontal e estabilização do transplante com goteira de acrílico, adesivos resinosos colados nos dentes vizinhos, contenção ou sutura.
- Remoção das estruturas dentárias com uso de extratores ou fórceps ou fixação de artefato colado para tracionamento ortodôntico do dente.
- Curetagem do alvéolo para remoção de folículo pericoronário ou lesões adjacentes (se necessário).
- Limagem e alisamento das paredes alveolares remanescentes (quando necessário).
- Irrigação com solução fisiológica estéril do campo operatório.
- Readaptação do retalho mucoperiosteal incluindo leve compressão da área.
- Suturas.

- **Desinserções de tecidos moles, cirurgias de tecidos moles com finalidade protética, cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais**

Indicadas para restabelecer a função e a estética, bem como facilitar a reabilitação protética do paciente, em casos de inserções musculares altas que provocam retrações gengivais ou impedem a estabilidade de próteses dentárias nos rebordos alveolares ou em freios labial e lingual que prejudicam a funcionalidade dessas estruturas.

Sequência de intervenção

- Incisão no plano e na forma indicada, com uso de bisturi frio ou, preferencialmente, com uso de bisturi elétrico.
- Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório.
- Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal (quando indicado).
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho incluindo compressão da área.
- Suturas em planos de acordo com a técnica planejada.
- Utilização de cimento cirúrgico em casos de impossibilidade de sutura adequada.

- **Cirurgias ósseas alveolares com finalidade protética e/ou estético-funcionais**

Indicadas para correção morfológica dos rebordos alveolares dos maxilares que impedem a adaptação funcional de próteses ou para fins ortodônticos e periodontais.

Sequência de intervenção

- Incisão intrassulcular, com extensão proximal dos dentes envolvidos, de forma a permitir o afastamento do retalho.
- Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório.
- Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal.
- Identificação das estruturas ósseas e plano ósseo a ser removido, bem como respeito às estruturas vizinhas.
- Osteotomia para correção e remoção dos excessos, com uso de brocas cirúrgicas em alta rotação, com micro serras reciprocantes ou oscilatórias, cinzéis e martelo cirúrgico; ou ainda com brocas e micromotores de baixa rotação irrigados copiosamente com solução fisiológica estéril.
- Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes.

- Irrigação do campo operatório com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho incluindo compressão da área.
- Suturas.

Observações

Lembrar sempre a possibilidade de reaproveitamento da estrutura óssea para a reabilitação, enxertos ósseos e implantes osseointegrados.

• Cirurgias de lesões dentárias periapicais

Indicadas para tratamento cirúrgico de dentes com insucesso do tratamento e retratamento endodôntico e/ou patologias associadas ao periápice dental.

Sequência de intervenção

- Incisão intrassulcular, com extensão proximal dos dentes adjacentes aos dentes envolvidos, de forma a permitir o afastamento do retalho e acesso ao ápice dental.
- Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório.
- Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal.
- Identificação das estruturas ósseas e plano ósseo a ser removido, bem como respeito às estruturas vizinhas.
- Osteotomia para acesso ao ápice ou foco radicular, apicectomia com uso de brocas cirúrgicas, preparo cavitário para retro-obturação (quando necessário) com uso de brocas cirúrgicas em alta rotação, copiosamente irrigadas com solução fisiológica estéril, ou ainda com brocas e micromotores de baixa rotação irrigados ou pontas ultrassônicas retro-obturadoras (retrotips).
- Retro-obturação com cimentos à base de mineral trióxido agregado (MTA) ou cimento endodôntico.
- Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes.
- Irrigação do campo operatório com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho, incluindo compressão da área.
- Suturas.

• Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos ossos maxilares, cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intraósseos dos maxilares

Indicado para remoção ou controle dos processos infecciosos, cistos e tumores de ocorrência comum nos maxilares, de origem odontogênica ou não odontogênica.

Sequência de intervenção
• Incisão intrassulcular, com extensão proximal dos dentes adjacentes aos dentes envolvidos, de forma a permitir o afastamento do retalho, bem como o acesso e a exposição do sítio cirúrgico. • Aspiraões contínuas de sangue e líquidos, utilizados na irrigação e na lavagem do campo operatório. • Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal. • Identificação das estruturas ósseas e do plano ósseo a ser removido, bem como respeito às estruturas vizinhas. • Osteotomia para acesso ao sítio da lesão com o uso de brocas cirúrgicas em turbinas de alta rotação copiosamente irrigadas com solução fisiológica estéril, com micro serras reciprocantes ou oscilatórias ou ainda com brocas e micromotores de baixa rotação irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico. • Exérese da lesão por curetagem e enucleação para lesões menores ou acesso para marsupialização quando de lesões císticas maiores. • Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes. • Irrigação do campo operatório com solução fisiológica estéril. • Readaptação do retalho. • Suturas.
Observações
No tratamento destas lesões, deve-se levar em consideração a possibilidade de reabilitação do paciente após a cicatrização.

- **Tratamento cirúrgico de defeitos ósseos alveolares dos maxilares**

Indicado para reconstrução de defeitos ósseos intrabuciais, utilizando sítios doadores ósseos intrabuciais sob anestesia local.

Sequência de intervenção
• Incisão de acesso ao sítio doador de forma a permitir o afastamento do retalho e acesso amplo. • Aspiração contínua de sangue e líquidos usados na irrigação e lavagem do campo operatório. • Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal. • Identificação das estruturas ósseas e plano ósseo a ser removido, bem como respeito às estruturas vizinhas. • Acesso primeiro ao sítio receptor com preparo prévio do leito a ser enxertado. • Osteotomia para acesso ao sítio doador com o uso de brocas cirúrgicas em alta rotação copiosamente irrigadas com solução fisiológica estéril, com microsserras reciprocantes ou oscilatórias; ou ainda com brocas e micromotores de baixa rotação irrigados ou cinzéis e martelos cirúrgicos. • Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes. • Conservação do enxerto ósseo em solução fisiológica estéril até o momento da enxertia. • Considerar usos de técnica de regeneração óssea guiada com uso de osso autógeno particulado coletado com coletores de osso e/ou uso de biomateriais ou ossos xenógenos com membranas e telas adjacentes. • Fixação do enxerto com parafusos em titânio de 1,5 mm de espessura. • Readaptação do retalho sem tensão. • Suturas.
Observações
• O tratamento para reconstrução óssea deve levar em consideração a possibilidade de reabilitação protética do paciente.

- **Tratamento dos processos infecciosos da face e das sinusopatias maxilares de origem odontogênica, associadas ou não a comunicações bucossinusais ou buconasais**

Indicado para o tratamento cirúrgico de processos infecciosos dos seios maxilares e/ou comunicações bucossinusais de origem odontogênica.

Sequência de intervenção
• Incisão e acesso ao campo operatório. • Aspiração contínua de sangue e líquidos usados na irrigação e na lavagem do campo operatório. • Descolamento e afastamento do retalho mucoperiosteal. • Osteotomia para acesso ao sítio da lesão com o uso de brocas cirúrgicas em alta rotação copiosamente irrigadas com solução fisiológica estéril, com microsserras reciprocantes ou oscilatórias; ou ainda com brocas e micromotores de baixa rotação irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico. • Curetagem e lavagem do seio maxilar em casos de sinusopatias maxilar e crônicas. • Deslocamento do retalho para oclusão da fístula (se necessário) ou uso do corpo adiposo da bochecha para fechamento da fístula bucossinusal. • Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes (quando necessário). • Readaptação do retalho sem tensão. • Suturas.
Observações
Considerar sempre a dificuldade técnica do procedimento e a preparação da equipe e do ambiente necessário para realizar o procedimento.

6.2.2.4 Periodontia

Terapia medicamentosa

Em casos de dor após procedimentos de raspagem e alisamento subgengival, está indicada a prescrição de paracetamol 500 mg, em intervalos de 4 horas. Para procedimentos com realização de acesso cirúrgico, recomenda-se a prescrição em intervalos de 4 horas nas primeiras 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual.

Recomenda-se a prescrição de 15 ml solução de gluconato de clorexidina a 0,12% nos casos em que houver dificuldade de controle mecânico do biofilme. Da

mesma forma, em procedimentos cirúrgicos, a utilização da solução está indicada em intervalos de 12 horas durante o período de 7 dias em que a sutura estiver em posição.

Nos casos de hipersensibilidade dentinária após raspagem, considerar primariamente que ela é sujeita a efeito placebo. Recomenda-se aplicação profissional de flúor gel acidulado a 1,23% (mínimo em quatro sessões, de acordo com o caso clínico); verniz com 5% de fluoreto de sódio (a cada dois dias, no mínimo, em quatro sessões, de acordo com o caso clínico); oxalato de potássio gel (a cada dois dias, sendo, no mínimo, quatro sessões, de acordo com a necessidade do caso clínico). Em situações de procedimentos mais traumáticos ou quando, por alguma razão, suspeitar-se de dor pós-operatória mais intensa, prescrever associação de paracetamol-codeína 30 mg, de 6/6 horas, durante 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual.

Na ocorrência de infecção pós-operatória, recomenda-se antissepsia da ferida e cobertura antibiótica com amoxicilina 500 mg, de 8 em 8 horas. Para pessoas alérgicas à penicilina, recomenda-se clindamicina 300 mg, de 6 em 6 horas. Ambas as posologias devem ser administradas por sete dias.

Conduta em casos de urgência

Em casos de hemorragia, verificar sua origem e, de acordo com a causa, considerar compressão, curetagem, sutura ou uso de anti-hemorrágico.

Proservação

- Entre 30 e 90 dias após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado.
- Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento devem ser contrarreferenciados para a AB. Aqueles que não responderam ao tratamento deverão continuar em preservação no CEO e receber abordagens alternativas, com ou sem cirurgia e, eventualmente, antibioticoterapia, que deve ser restrita para evitar os efeitos adversos do uso irracional de antibióticos.

Cuidados

Quanto aos procedimentos:

- A gengivectomia está contraindicada em áreas em que a sua execução implique a eliminação completa da gengiva ceratinizada.
- A raspagem não deve ser excessiva, pois frequentemente pode provocar hipersensibilidade dentinária, riscos e degraus na superfície radicular.

- Deve-se considerar a natureza invasiva do procedimento, com capacidade de desencadear uma bacteremia.
- Na eventualidade de exposição óssea por não adaptação dos retalhos vestibular e lingual/palatino, deve-se empregar o cimento cirúrgico, com trocas a cada sete dias até que ocorra o reparo.
- Na ocorrência de traumatismo, com rompimento da integridade da papila interdental, recomenda-se sutura.
- Antes de iniciar a cirurgia, recomenda-se bochecho com clorexidina a 0,12% e, durante o procedimento cirúrgico, irrigações frequentes com solução fisiológica estéril.
- Em procedimentos de cirurgia periodontal, como preparo prévio para dentística, a confecção de restauração provisória deverá ser realizada, preferencialmente na AB, previamente ao encaminhamento para o CEO.
- A escovação da área da furca deve ser realizada com escova unitufo ou interdental e utilização de gel de clorexidina a 0,12% pelo menos uma vez ao dia.

Quanto à sequência da intervenção:

- Anestesia do dente e estruturas periodontais ou da área que receberá a intervenção.
- Isolamento com rolos de algodão/gaze.
- Recomendações pós-operatórias: aplicação de frio nas primeiras seis a oito horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/gelada, restrição de controle mecânico da área operada, higienização com clorexidina a 0,12%, utilização de medicação prescrita.

Condutas clínicas

- **Raspagem e alisamento radicular subgingival (Rasub)**

A remoção do biofilme e do cálculo subgingivais, como fatores etiológicos das periodontites, é a forma de tratamento reconhecida como mais efetiva para a doença periodontal. Com esse procedimento, a progressão da doença é interrompida, propiciando a cicatrização.

Os sinais e sintomas das periodontites são: perda de inserção e perda óssea, associadas ao sangramento, à sondagem da área subgengival e/ou supuração, ao aumento da profundidade de sondagem e/ou recessão gengival.

Em estágios mais avançados de perda de inserção e de inflamação, pode-se observar mobilidade dentária, dificuldade de mastigação e mudança de posição dentária. Halitose também pode ser verificada.

A Rasub está indicada após adequado controle do biofilme supragengival pelo binômio paciente-profissional, realizado na AB.

Sequência de intervenção

- Identificação da morfologia e profundidade das bolsas com a sonda periodontal.
- Raspagem, utilizando limas, curetas e/ou ultrassom, com movimentos amplos.
- Sondagem da área para verificar presença de depósitos.
- Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos curtos, frequentes e sobrepostos.
- Sondagem da área para verificar lisura superficial.
- Recomendações pós-procedimento.

• Cirurgia de acesso

A ausência de uma resposta adequada ao procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival pode estar associada à incompleta remoção do biofilme subgengival em áreas de grande profundidade de sondagem ou inacessíveis ao instrumental. Nestas circunstâncias, faz-se necessário o levantamento de um retalho gengival que exponha a área inacessível. Após o período de observação da Rasub, a não redução da profundidade de sondagem, aliada ao sangramento na região subgengival e/ou supuração, é indicativo da necessidade de tratamento periodontal adicional.

Entretanto, a decisão do tratamento deve levar em consideração aspectos gerais do paciente, incluindo doenças sistêmicas, tabagismo e controle inadequado do biofilme supragengival. A cirurgia de acesso deve ser escolhida como opção preferencial sempre que a ausência de resposta estiver associada a dificuldades de acesso à área subgengival.

Sequência de intervenção
• Incisão intrassulcular, com extensão proximal dos dentes envolvidos, de forma a permitir o afastamento do retalho. • Afastamento do retalho. • Remoção do tecido de granulação. • Identificação da condição das áreas inacessíveis. • Osteotomia para acesso (somente quando impossível acessar sem esse procedimento, que gera perda tecidual). • Raspagem, utilizando limas, curetas e/ou ultrassom, com movimentos amplos. • Sondagem da área para verificar presença de depósitos. • Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos curtos, frequentes e sobrepostos. • Sondagem da área para verificar lisura superficial. • Irrigação com solução fisiológica estéril. • Readaptação do retalho incluindo compressão da área. • Sutura. • Recomendações pós-operatórias. • Como rotina, não há indicação pós-operatória de antibióticos.

PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA PERIODONTAL PARA ODONTOLOGIA RESTAURADORA

- **Gengivectomia**

Indicada quando há necessidade de aumento de coroa clínica sem intervenção óssea: cavidades de cárie, fraturas e restaurações cuja parede cervical esteja subgengival, impossibilitando adequado tratamento restaurador, sem invasão do espaço biológico do periodonto e dentes com coroa clínica curta para procedimentos reabilitadores.

Sequência de intervenção

- Marcação por pontos sangrantes na superfície externa correspondendo à profundidade de sondagem.
- Primeira incisão com o gengivótomo de Kirkland por vestibular e palatino/lingual, contínua, situada 1 mm a 2 mm apical ao ponto sangrante, com inclinação de 45º no sentido oclusocervical.
- Segunda incisão com o gengivótomo de Orban nos espaços proximais, mantida a angulação de 45º de tal forma a liberar o tecido excisado, preservando a forma papilar.
- Remoção do colar gengival e do tecido de granulação.
- Raspagem e alisamento radiculares.
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Reconformação anatômica da gengiva, se necessária.
- Irrigação final.
- Hemostasia por compressão.
- Colocação de cimento cirúrgico.
- Recomendações pós-operatórias.
- Entre 15 e 30 dias após o procedimento, o paciente deverá receber tratamento restaurador na AB, que fará a preservação.

• Aumento de coroa clínica por retalho reposicionado apicalmente

Indicado quando há necessidade de aumento de coroa clínica sem intervenção óssea: cavidades de cárie, fraturas e restaurações cuja parede cervical esteja subgengival, impossibilitando adequado tratamento restaurador, sem invasão do espaço biológico do periodonto e dentes com coroa clínica curta para procedimentos reabilitadores.

Sequência de intervenção/cuidados

- Primeira incisão, em bisel interno, deixando um colar gengival suficiente para a exposição desejada, em direção à crista óssea, por vestibular e palatino/lingual (deve seguir o contorno gengival, preservando a anatomia das papilas interdentais; sua extensão deve permitir afastamento suficiente do retalho e a obtenção de um contorno gengival harmônico e, eventualmente, incisões relaxantes podem ser necessárias).
- Afastamento do retalho.
- Segunda incisão intrassulcular com extensão proximal dos dentes envolvidos.
- Terceira incisão, com gengivótomo de Orban, na altura da crista óssea, liberando o colar gengival de sua inserção.
- Remoção do colar e do tecido de granulação.
- Quando houver a necessidade de osteotomia, determinar a quantidade de osso a ser removido (o padrão normal do espaço biológico é de 3 mm; entretanto, a medição da distância entre a junção amelocementária-crista óssea de um dente adjacente deve ser considerada como padrão).
- Realização de osteotomia com instrumentos manuais e/ou rotatórios, lembrando que o contorno gengival reproduzirá o contorno ósseo.
- Raspagem e alisamento radicular.
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho incluindo compressão da área.
- Sutura.
- Recomendações pós-operatórias.
- Entre 15 e 30 dias após o procedimento, o paciente deverá receber tratamento restaurador na AB, que fará a preservação.
- Nos aumentos de coroa clínica que comprometam a estética do sorriso, procedimentos de tração ortodôntica devem ser considerados como alternativa aos procedimentos cirúrgicos.

Caso haja necessidade de tratamento endodôntico, deve-se utilizar o recurso da referência interna ou lateral, evitando que o paciente retorne à AB para obter novo encaminhamento.

PROCEDIMENTOS PARA MANEJO DE PACIENTES COM AUMENTO DE VOLUME GENGIVAL

• Manejo de pacientes com aumento de volume gengival

Pacientes usuários de bloqueadores de canais de cálcio, ciclosporina, fenitoína, apresentam aumento de volume gengival como parte da resposta inflamatória à presença do biofilme supragengival. O aumento de volume gengival gera dificuldades de controle de biofilme, problemas estéticos, limitação de mastigação, dor, hemorragia, mau hálito, inibição social e modificação de posição dentária. Em poucas situações, existem alguns aumentos de volume gengival associados à respiração bucal, que podem ser manejados semelhantemente aos aqui apresentados.

Sequência de intervenção

- Substituição medicamentosa quando possível.
- Instituição de medidas químico-mecânicas pelo paciente e pelo profissional.
- Reavaliar resposta das abordagens anteriores.
- Quando essas medidas não resultarem em redução satisfatória do volume, considerar a correção cirúrgica por meio de técnicas como a gengivectomia/gengivoplastia.
- Marcação por pontos sangrantes na superfície externa correspondendo à profundidade de sondagem.
- Primeira incisão com o gengivótomo de Kirkland por vestibular e palatino/lingual, contínua, situada 1 mm a 2 mm apical ao ponto sangrante, com inclinação de 45º no sentido oclusocervical.
- Segunda incisão com o gengivótomo de Orban nos espaços proximais, mantida a angulação de 45º de tal forma a liberar o tecido excisado, preservando a forma papilar.
- Remoção do colar gengival e do tecido de granulação.
- Raspagem e alisamento radiculares.
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Reconformação anatômica da gengiva, se necessária.
- Irrigação final.
- Hemostasia por compressão.
- Colocação de cimento cirúrgico.
- Recomendações pós-operatórias.
- Até 90 dias após o procedimento, o paciente deverá ser reavaliado no CEO e encaminhado para a AB, que fará a proervação.

O diagnóstico de aumento de volume gengival em pacientes com modificadores sistêmico-medicamentosos requer que a AB referencie imediatamente ao CEO. Eventualmente, há possibilidade de que a equipe de saúde já inicie as discussões sobre possíveis substituições de medicamentos a serem realizadas pelo médico.

PROCEDIMENTOS PARA TRATAMENTO DAS LESÕES DE FURCA

- **Raspagem e alisamento radicular subgengival (Rasub)**

As lesões de furca são classificadas de acordo com o grau de comprometimento da área da furca em: grau I (perda de suporte horizontal não ultrapassa 1/3 da extensão da área da furca); grau II (perda de suporte horizontal ultrapassa 1/3 da extensão da área da furca, sem comprometimento completo da furca); grau III (perda de suporte horizontal completo – lado a lado). A Rasub está indicada em todos os graus de envolvimento de furca.

Sequência de intervenção
• Identificação da morfologia e profundidade das bolsas com a sonda periodontal. • Raspagem, utilizando limas, curetas e/ou ultrassom, com movimentos amplos. • Sondagem da área para verificar presença de depósitos. • Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos curtos, frequentes e sobrepostos. • Sondagem da área para verificar lisura superficial. • Recomendações pós-operatórias. • Prescrição de bochechos com solução de fluoreto de sódio a 0,2% (manipular 1 litro de solução, sendo que seu uso deve ser realizado diariamente por um período de 3 minutos) ou de dentifrício com nitrato de potássio ou similar.

- **Cirurgia de acesso com ou sem plastia da furca**

A ausência de uma resposta adequada ao procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival pode estar associada à incompleta remoção do biofilme subgengival em áreas de furca. Faz-se necessário, nestas circunstâncias, o levantamento de um retalho gengival que exponha a área da furca para a raspagem e o alisamento radicular ou para a eliminação do defeito por meio da plastia radicular.

Sequência de intervenção

- Incisão intrassulcular, com extensão proximal dos dentes envolvidos, de forma a permitir o afastamento do retalho.
- Afastamento do retalho.
- Remoção do tecido de granulação.
- Identificação da condição da área da furca e do grau de comprometimento.
- Osteotomia, se necessária, para acesso.
- Raspagem, utilizando curetas e/ou ultrassom, com movimentos amplos.
- Sondagem da área para verificar presença de depósitos.
- Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos curtos, frequentes e sobrepostos.
- Sondagem da área para verificar lisura superficial.
- Plastia radicular com brocas ou instrumentos manuais, quando for possível; com esse procedimento, ocorre a eliminação do defeito sem que isso redunde em comprometimento pulpar ou defeito anatômico, impossibilitando o controle do biofilme pelo paciente.
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho incluindo compressão da área.
- Sutura.
- Recomendações pós-operatórias.

• Ressecção radicular

Quando as lesões de furca de graus II e III não respondem à Rasub e fica evidente que essa ausência de resposta ocorre devido ao grau de comprometimento da área, a opção é eliminar o defeito por meio do procedimento de ressecção radicular. A ressecção está indicada para dentes com envolvimento de furca de graus II ou III e que mantêm profundidade de sondagem e sinais inflamatórios associados, indicando atividade de doença e risco de progressão da perda de inserção/perda óssea; e para dentes com comprometimento diferenciado, no qual uma das raízes está muito mais comprometida do que a(s) outra(s).

Sequência de intervenção

- Primeira incisão, em bisel interno, deixando um colar gengival que permita que o retalho se adapte à condição local desejada, em direção à crista óssea, por vestibular e palatino/lingual (esta incisão deve seguir o contorno gengival, preservando a anatomia das papilas interdetais, de modo que sua extensão permita afastamento suficiente do retalho e a obtenção de um contorno gengival harmônico; eventualmente, incisões relaxantes podem ser necessárias).
- Afastamento do retalho.
- Segunda incisão intrassulcular com extensão proximal dos dentes envolvidos.
- Terceira incisão, com gengivótomo de Orban, na altura da crista óssea, liberando o colar gengival de sua inserção.
- Remoção do colar e do tecido de granulação.
- Ressecção radicular, realizada com brocas, separando as raízes, avaliando a condição dos elementos radiculares individuais, decidindo pela manutenção ou extração de uma ou mais raízes, baseando-se no grau de inserção remanescente e na viabilidade de controle de placa pelo paciente.
- Verificar a necessidade de recontorno ósseo nas unidades radiculares remanescentes.
- Raspagem e alisamento radicular.
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho, incluindo compressão da área.
- Sutura.
- Recomendações pós-operatórias.
- Entre 15 e 30 dias após o término do tratamento, o paciente deverá receber tratamento restaurador na UBS, que ficará responsável pela preservação.

- **Ressecção radicular – tunelização**

Quando as lesões de furca de graus II profundo e III não respondem à Rasub e fica evidente que essa ausência de resposta é pelo grau de comprometimento da área, uma opção é eliminar o defeito por meio da tunelização. Está indicada para molares inferiores com envolvimento de furca de graus II ou III e que mantêm profundidade de sondagem e sinais inflamatórios associados, indicando atividade de doença e risco

de progressão da perda de inserção/perda óssea, tendo um tronco radicular curto que permita a execução técnica.

Sequência de intervenção

- Primeira incisão, em bisel interno, deixando um colar gengival que permita que o retalho se adapte à condição local desejada, em direção à crista óssea, por vestibular e palatino/lingual (esta incisão deve seguir o contorno gengival, preservando a anatomia das papilas interdetais, de modo que sua extensão permita afastamento suficiente do retalho e a obtenção de um contorno gengival harmônico; eventualmente, incisões relaxantes podem ser necessárias).
- Afastamento do retalho.
- Segunda incisão intrassulcular com extensão proximal dos dentes envolvidos.
- Terceira incisão, com gengivótomo de Orban, na altura da crista óssea, liberando o colar gengival de sua inserção.
- Remoção do colar e do tecido de granulação.
- Verificar a necessidade de osteotomia de tal forma que possibilite a passagem de uma escova interdental média após reposição do retalho.
- Raspagem e alisamento radicular.
- Irrigação com solução fisiológica estéril.
- Readaptação do retalho, incluindo compressão da área.
- Sutura.
- Recomendações pós-operatórias.
- Em função da alta atividade cáries no interior dos túneis, recomenda-se o uso de flúor tópico.
- Recomenda-se que o paciente utilize gel de clorexidina a 1% uma vez ao dia, localmente associado à escovação da área da furca com escova unitufo ou interdental.
- Entre 15 e 30 dias após o término do tratamento, o paciente deverá receber tratamento restaurador na UBS, que ficará responsável pela preservação.

• Tratamento das lesões endoperio

A ocorrência concomitante e comunicante de lesões endodôntica e periodontal caracteriza as lesões endoperio. Para o diagnóstico, observa-se presença de patologia pulpar irreversível/necrose da polpa, comunicando-se com destruição do periodonto marginal. Nesses casos, as terapêuticas endodôntica e periodontal são

necessárias, requerendo tratamento combinado, levando à necessidade de uma visão interdisciplinar. Para tanto, inicia-se pela terapia endodôntica e, após o reparo endodôntico, realiza-se a terapia periodontal. Alguns autores sugerem que, a partir de dois a três meses após o tratamento endodôntico, já é possível iniciar a intervenção periodontal. Nesses casos, devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à AB para vaga na especialidade de periodontia.

Entre 90 e 120 dias após o término do último tratamento (periodontal), o paciente deverá ser reavaliado no CEO. A radiografia periapical é recomendada após seis meses do fim do tratamento.

Pacientes que não responderam ao tratamento deverão receber nova análise, combinando os profissionais responsáveis pelos tratamentos endodôntico e periodontal.

Para terapia medicamentosa, ver protocolos de prescrição de endodontia e periodontia, nas páginas 209 e 197, respectivamente.

Sequência de intervenção

- Tratamento endodôntico, conforme protocolo convencional.
- Aguardar período de cicatrização após tratamento endodôntico, variando entre 30 e 90 dias.
- Realização de tratamento periodontal (Rasub com ou sem acesso cirúrgico).

6.2.2.5 Endodontia

Para pacientes que necessitam de tratamento endodôntico, observe os critérios estabelecido para cardiopatas, hipertensos, diabéticos e gestantes.

Terapia medicamentosa

A terapia medicamentosa para tratamento endodôntico envolve uso tópico e sistêmico de medicamentos.

Uso tópico:

- Polpa viva: neomicina + polimixina B como medicação intracanal (curativo de demora) ou pasta de hidróxido de cálcio.
- Polpa sem vitalidade: pasta de hidróxido de cálcio (curativo de demora), ou clorexidina gel, ou pasta de iodofórmio com polietilenoglicol (de acordo com a técnica empregada pelo profissional).

- Uso sistêmico:
- Prescrição de analgésico e anti-inflamatórios não esteroidais na presença de dor e inflamação.

A antibioticoterapia está indicada em situações em que não houve efetividade da conduta cirúrgica para solução do processo, em casos de acometimento de tecidos moles vizinhos, comprometimento sistêmico (hiperemia, linfadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose) e presença de imunodepressão.

Esquemas de administração

- Penicilina V (500.000 UI), VO, em intervalos de 6 horas, por 10 dias; ou
- Amoxicilina (500 mg), VO, em intervalos de 8 horas, por 10 dias; ou
- Clindamicina (300mg) VO, em intervalos de 8 horas, por 10 dias; ou
- Eritromicina (250 mg), VO, em intervalos de 6 horas, por 10 dias; ou
- Claritomicina (250 mg), VO, em intervalos de 12 horas, por 10 dias.

Condutas em caso de urgência/emergência

Polpa viva

- Retirada do selamento coronário para descompressão.
- Irrigação com hipoclorito de sódio ou clorexidina líquida e ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA) associado ou não a alguma substância auxiliar para a instrumentação de canais radiculares.
- Renovação do curativo de demora ou pasta de hidróxido de cálcio.
- Aplicação de novo selamento coronário.
- Medicação sistêmica, se necessária.

Polpa sem vitalidade

- Retirada do selamento coronário para descompressão.
- Irrigação com solução de clorexidina ou hipoclorito de sódio e EDTA com ou sem a utilização de alguma substância auxiliar para a instrumentação de canais radiculares.
- Renovação do curativo de demora (pasta de hidróxido de cálcio, ou pasta de iodoformio com polietilenoglicol, ou clorexidina gel).

- Em caso de drenagem, evitar curativos em pasta e preencher o canal com solução de hipoclorito de sódio por até 24 horas. Depois, aplicar a medicação em pasta de escolha do profissional.
- Aplicação de novo selamento coronário.
- Medicação sistêmica, se necessária.

Proservação

A preservação poderá ser realizada no CEO ou na AB, conforme a pactuação local, durante dois anos, com avaliação semestral, por meio de exames clínico e radiográfico.

Cuidados

- Evitar contaminação por rompimento do lençol de borracha ou perda do selamento coronário.
- Evitar sobreinstrumentação devido ao risco de provocar pericementite.
- Dentes inicialmente tratados como vitais e que sofreram contaminação por perda do selamento coronário ou rompimento do lençol de borracha deverão ser tratados como “dentes sem vitalidade pulpar”.
- Dentes com rizogênese incompleta deverão ser submetidos à pulpotomia na AB.
- Nos casos de perfurações radiculares, atentar para a possibilidade de perda dentária, dependendo do grau de severidade e da região da perfuração.

Condutas clínicas

As sequências de intervenção a seguir são comuns a todos os procedimentos.

Sequência inicial de intervenção comum a todos os procedimentos
• Tomada radiográfica periapical inicial. • Anestesia. • Isolamento do campo operatório com dique de borracha. • Assepsia. • Acesso à câmara pulpar, estabelecendo uma forma de conveniência.

Sequência final de intervenção comum a todos os procedimentos

- Tomada radiográfica periapical final.
- Colocação de um disco de guta-percha (a partir de um bastão de guta-percha) ou cimento obturador provisório na entrada dos canais.
- Selamento coronário com ionômero de vidro.

Tratamento endodôntico em dentes com polpa viva**Instrumentação manual****Sequência de intervenção**

- Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria.
- Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice.
- Preparo biomecânico do canal radicular, estabelecendo a conicidade do conduto.
- Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone principal”.
- Obturação radicular.

Instrumentação mecanizada rotatória**Sequência de intervenção**

- Desgaste cervical e médio com as brocas de Gates-Glidden ou LA Axxess (5 mm aquém do comprimento aparente do dente).
- Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice.
- Preparo biomecânico do canal radicular com as limas rotatórias.
- Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone”.
- Obturação radicular com cone único de grande conicidade.

Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade

Instrumentação manual

Sequência de intervenção
• Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria. • Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice. • Preparo biomecânico do canal radicular, estabelecendo a conicidade do conduto. • Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone principal”. • Obturação radicular.

Instrumentação mecanizada rotatória

Sequência de intervenção
• Desgaste cervical e médio com as brocas de Gates-Glidden ou LA Axxess (5 mm aquém do comprimento aparente do dente). • Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice. • Preparo biomecânico do canal radicular com as limas rotatórias. • Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone”. • Obturação radicular com cone único de grande conicidade.

Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade e ápice aberto

Sequência de intervenção
• Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria. • Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) no zero radiográfico. • Preparo biomecânico do canal radicular que já é amplo. • Confecção de tampão apical de agregado trióxido mineral com 4 mm, levando esse material com limas ou com instrumental fabricado para esse fim. • Tomada radiográfica com a finalidade de avaliar esse tampão. • Obturação do espaço do canal com cones de guta-percha e cimento endodôntico.

Retratamento endodôntico em dentes permanentes

Sequência de intervenção
• Remoção do material obturador. • Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria. • Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice. • Preparo biomecânico do canal radicular, estabelecendo a conicidade do conduto. • Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone principal”. • Obturação radicular.

Tratamento de perfurações radiculares

Sequência de intervenção
• Remoção do material obturador. • Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria. • Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice. • Preparo biomecânico do canal radicular, estabelecendo a conicidade do conduto. • Aplicação de agregado trióxido mineral. • Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone principal” e constatação do fechamento da perfuração. • Obturação radicular.



Saiba Mais:

Procedimentos endodônticos com instrumentação mecanizada recíprocante

Atualmente, existe no mercado o sistema de instrumentos recíprocantes, que são limas de Ni-Ti acionadas a motor. A técnica recíprocante de preparo endodôntico foi proposta, em 2008, pelo pesquisador canadense Yared Ghassan. Essas limas realizam movimento de rotação alternada, sendo que, no sentido horário, o avanço da lima no interior do canal é maior do que no sentido anti-horário, evitando, assim, o travamento dela no seu interior. Esses movimentos possibilitam o avanço no canal radicular com apenas um instrumento, de modo rápido, seguro e eficiente, simplificando sua modelagem. Atualmente, existem no mercado odontológico três instrumentos desenvolvidos exclusivamente para serem usados na cinemática recíprocante.

Um estudo de revisão de literatura, publicado em 2012, concluiu que a instrumentação por lima única, por meio do sistema recíprocante, é uma escolha segura, pois diminui o estresse dos instrumentos e reduz o tempo de trabalho. Porém, a redução do tempo de trabalho implica menor tempo de irrigação dos canais radiculares. Essa limitação deve ser contornada com utilização de soluções irrigantes e sistemas auxiliares de irrigação adequados.

A seguir, são apresentadas as sequências de intervenção para tratamentos endodônticos de dentes com polpa vital e não vital, utilizando-se a técnica da instrumentação recíprocante. A terapia medicamentosa, os cuidados, as condutas em caso de urgência e a preservação são semelhantes à técnica manual e à técnica mecanizada rotatória comum.

Sequência de intervenção

- Exploração com lima de aço manual até 3 mm do comprimento aparente.
- Preparo com a lima recíprocante até os 3 mm aquém do comprimento aparente.
- Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 1 mm aquém do ápice.
- Preparo do canal radicular com a lima recíprocante até o comprimento de trabalho.
- Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone”.
- Obturação radicular com cimento endodôntico e cone de guta-percha de diâmetro e conicidade compatíveis com o canal preparado.

Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade

Sequência de intervenção
• Desgaste cervical e médio com as brocas de Gates-Glidden ou LA Axxess (5 mm aquém do comprimento aparente do dente). • Odontometria, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice. • Preparo biomecânico do canal radicular com as limas rotatórias. • Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone”. • Obturação radicular com cone único de grande conicidade.

6.2.2.6 Estomatologia

A) AÇÕES DE DIAGNÓSTICO E CONDUTAS CLÍNICAS EM ESTOMATOLOGIA

As ações de diagnóstico fazem parte da rotina de qualquer profissional de saúde e têm como objetivo estabelecer a situação ou o agravo do paciente por meio de sinais e sintomas para adoção da melhor conduta clínica.

Listam-se, a seguir, ações de diagnóstico e condutas clínicas que contribuem para a oferta da melhor prática de saúde bucal na rede de atenção, na área de Estomatologia.

- **Exames por imagem: exame radiográfico periapical e panorâmico**

A Odontologia tem assistido a grandes avanços ao longo das últimas três décadas, em todos os seus ramos. Com esses avanços, ampliou-se a necessidade de ferramentas de diagnóstico mais precisas, especialmente os exames por imagem. A mudança das radiografias analógicas para as digitais não só tornou o processo mais simples, mais rápido e melhorou o armazenamento e a manipulação (brilho/contraste, recorte de imagem etc.), como tornou mais fácil o resgate dos dados.

De modo geral, as radiografias são valiosa ferramenta de diagnóstico, como um adjuvante de exame clínico no diagnóstico de doenças orais. Radiografias periapicais e panorâmicas (ambas bidimensionais) são rotineiramente utilizadas na prática odontológica. No entanto, existem algumas limitações das radiografias bidimensionais que podem ser superadas pelo uso de técnicas de imagem em três dimensões, tais como tomografia computadorizada de feixe cônico e ressonância magnética. O uso correto de técnicas radiográficas pode ajudar na detecção precoce e no oportuno tratamento de várias afecções, dentais e orais.

No entanto, o exame radiográfico intraoral ainda constitui-se como o principal exame complementar de diagnóstico para o cirurgião-dentista. O exame intraoral consiste em uma técnica na qual os filmes, nas radiografias analógicas, ou os sensores/placas de fósforo, nas radiografias digitais, são introduzidos na cavidade bucal do paciente para execução do exame. As técnicas intraorais podem ser resumidas em três tipos principais: periapical, interproximal e oclusal. A radiografia periapical fornece informações detalhadas sobre os dentes e os tecidos circundantes. É utilizada, principalmente, para a avaliação da morfologia do canal e da raiz, do osso alveolar, para detecção de patologia periapical e fraturas coroa/raiz. É especialmente útil no tratamento endodôntico para avaliação pré-tratamento, verificando calcificações, curvaturas, lesões periapicais e na determinação do comprimento de trabalho, entre outras utilidades durante e após o procedimento endodôntico.

A técnica interproximal, também conhecida como técnica de asa de mordida (*bite wing*), é realizada para avaliar superfícies proximais dos dentes superiores e inferiores, simultaneamente. A técnica utiliza bloco de mordida/aleta para manter o filme radiográfico ou sensor/placa de fósforo em posição, com a mordida do paciente (por isso, a técnica é conhecida também como asa de mordida ou *bite wing*). Radiografias interproximais são particularmente úteis na detecção de lesões de cárie em faces proximais, nos estágios iniciais de seu desenvolvimento, na detecção de lesões de cárie secundárias e oclusais, bem como na avaliação da condição óssea interproximal e da adaptação de restaurações.

Uma radiografia oclusal utiliza filme ou placa de fósforo intraoral de maior tamanho, a fim de exibir um grande segmento de uma arcada dentária que não pode ser visto pela radiografia periapical. Ela ajuda a localizar supranumerários/dentes inclusos e corpos estranhos nos maxilares e sialólitos nos ductos de glândulas submandibulares. No entanto, hoje em dia, o uso da radiografia oclusal é bastante restrito. Nos casos de necessidade de exame da área maxilomandibularfacial, são utilizadas as radiografias extraorais.

As radiografias extraorais podem ser definidas como o exame realizado no crânio, nos dentes e na face, utilizando-se filmes radiográficos ou sensores/placas de fósforo localizados fora da cavidade bucal. Os principais exames radiográficos extraorais usados em Odontologia incluem radiografias panorâmicas, cefalométricas (telerradiografia) e as radiografias da articulação temporomandibular. Radiografias extraorais ajudam, portanto, a examinar áreas maiores dos maxilares, da face e do crânio, monitorar o crescimento e o desenvolvimento do esqueleto craniofacial, localizar dentes impactados e grandes lesões patológicas, e auxiliar na avaliação da articulação temporomandibular.

As radiografias panorâmicas tornaram-se ferramenta de diagnóstico importante desde a sua introdução, na década de 1950. A técnica é denominada também de ortopantomografia, pelo seu princípio de aquisição, com formação de uma única imagem de forma segmentada, após a rotação da fonte de radiação e do filme ou sensor/placa de fósforo ao redor do paciente. A radiografia panorâmica visualiza

todo o complexo maxilomandibular, incluindo dentes superiores e inferiores, bem como estruturas circunvizinhas em um único filme, isto é, permite visão panorâmica. É, em muitos casos, usada como uma radiografia de triagem preliminar para avaliar a dentição e o osso de suporte, identificar os dentes impactados e visualizar a posição dos implantes dentários. Justifica-se, ainda, esta solicitação para muitos pacientes portadores de próteses totais para investigar ou quando já se saiba existir restos radiculares ou dentes inclusos sob suas próteses (intraósseas). Deve-se atentar para lesões radiopacas, lesões radiolúcidas ou lesões de aspecto misto dos ossos maxilares com delimitação precisa ou não, apresentando halo esclerótico reacional ou não. No entanto, a radiografia panorâmica está sujeita à distorção geométrica considerável e tem resolução espacial relativamente baixa em comparação com radiografias intraorais. Grandes diferenças na projeção da imagem podem ocorrer na região anterior, dependendo da posição do paciente e da curvatura individual dos maxilares. Além disso, a radiografia panorâmica não apresenta os detalhes anatômicos mais finos, vistos nas incidências intraorais.

Sequência de intervenção

- Em uma primeira consulta, inicia-se a pesquisa radiográfica preferencialmente pela realização de radiografia panorâmica e radiografias interproximais dos dentes posteriores. No caso de dentes com restaurações profundas, lesões de cárie extensas e suspeitas de lesões periapicais ou periodontais avançadas, procede-se à complementação com radiografias periapicais ou outras tomadas que se julgarem convenientes.
- Usa-se sempre o avental de chumbo, biombo de chumbo, resguardando-se distância adequada da fonte de radiação ionizante, utilizando proteção para o paciente, conforme os protocolos universalmente estabelecidos de exposição aos raios X.
- O encaminhamento para realização de tomadas radiográficas, a partir da AB, deve ser realizado sempre que houver suspeita de envolvimento dos ossos maxilares, nos casos de deformação dos arcos dentários ou facial, ou para estabelecer o diagnóstico de condição pulpar, periapical e periodontal. Também é necessário encaminhar quando houver presença de edemas, assimetrias e aumentos volumétricos na região dentomaxilofacial.
- A preservação de tais lesões deve ser feita preferencialmente na Atenção Especializada Ambulatorial e a realização de exames complementares adicionais é definida conforme as hipóteses diagnósticas e as redes de fluxos estabelecidos entre os serviços.

- **Tomografia computadorizada**

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC ou *cone beam*) foi desenvolvida para avaliação tridimensional das regiões dentárias e maxilofaciais, com dose de radiação mais baixa para o paciente, quando comparada a outras técnicas tomográficas. A técnica está indicada, portanto, na avaliação de grandes lesões no complexo maxilomandibular, como cistos, tumores e displasias ósseas. A TCFC auxilia, também, na investigação dos seios maxilares e da ATM, avaliação de implantes e ortodôntica, localização de dentes inclusos ou corpos estranhos, avaliação de terceiros molares inferiores e sua relação com o canal mandibular, bem como para investigação de fraturas ósseas e dentárias.

A tomografia computadorizada de feixe cônico não oferece boa diferenciação de tecidos moles. Nos casos em que se necessita de avaliação da extensão de lesões em tecidos moles, como nos casos de câncer de cabeça e pescoço, recomenda-se a indicação da tomografia computadorizada de feixe em leque ou espiral, com administração de agente de contraste intravenoso (SHAH; BANSAL; LOGANI, 2014).

B) CONDUTAS CIRÚRGICAS

- **Biópsias**

No caso de lesões de tecido mole, define-se, primeiro, a lesão fundamental e se procede à descrição adequada dela em ficha clínica. A biópsia incisional ou excisional é um procedimento que quase se confunde com a prática estomatológica. A técnica a ser utilizada (excisional ou incisional) depende da natureza de cada lesão, da suspeita ou não de malignidade e também da hipótese diagnóstica definida após a descrição dela.

Sequência de intervenção
• Antissepsia do local. • Anestesia da área, a distância, para não deformar a lesão. • Coleta do tecido. • Sutura simples interrompida. • Fixação do material coletado em formol 10%. • Identificação do recipiente onde está contida a peça com nome do paciente, nome do operador, data e local de origem. • Evitar perfurar ou macerar o material cirúrgico. • Evitar que a infiltração anestésica deforme a área a ser operada. • Usar, preferencialmente, anestésico com vasoconstritor, que possibilita campo operatório com menor sangramento.

- **Terapia medicamentosa pós-biópsia cirúrgica**

O uso de analgésicos não opiáceos, por um período não superior a sete dias, é suficiente como medicação pós-operatória, desde que respeitadas as normas de biossegurança e os cuidados com a manipulação cuidadosa dos tecidos.

Em casos de hemorragia, verificar a origem da hemorragia e, de acordo com a causa, considerar a realização de compressão, sutura ou o uso de anti-hemorrágico.

Obs.: a preservação deve ser feita preferencialmente na Atenção Especializada Ambulatorial.

- **Procedimentos para lesões intraósseas: punção exploratória**

A punção é um procedimento realizado em lesões ósseas radiolúcidas ou de aspecto misto, com o objetivo de verificar o conteúdo delas. A punção pode ser um procedimento isolado ou associado à biópsia óssea. Essa última é um procedimento, prioritariamente incisional, que se realiza para coleta de fragmentos teciduais das lesões maxilomandibulares.

No caso das punções, usa-se seringa de vidro, com agulha hipodérmica ou agulha de grosso calibre, na dependência da espessura da cortical óssea a ser rompida.

As lesões intraósseas radiolúcidas podem, muitas vezes, representar um hemangioma intraósseo. Dada esta característica importante, tais lesões sempre deverão ser puncionadas previamente à biópsia. A punção pode resultar em “punção seca” (lesões sólidas ou cavidades vazias), líquido citrino (compatível com cistos) e sangramento leve ou sangramento abundante (com pressão no êmbolo da seringa). Nesse último caso, pode-se formular uma hipótese de lesão vascular intraóssea. Tal hipótese resulta na completa contraindicação do procedimento de biópsia óssea. O paciente deve ser encaminhado para a Atenção Especializada Hospitalar para avaliação por cirurgião de cabeça e pescoço ou cirurgião vascular.

- **Terapia medicamentosa pré-cirúrgica**

O paciente poderá ser submetido ao protocolo de profilaxia antibiótica, com o uso de 2 g de amoxicilina (quatro comprimidos de 500 mg), 1 hora antes do procedimento (na dependência de sua condição geral de saúde). Pode-se prescrever analgésico não opioide, considerando-se clinicamente o grau de invasividade e morbidade presumida a ser provocada pelo procedimento.

Deve-se ter sempre em mente que o procedimento visa à obtenção de um espécime de tecido vivo (biópsia óssea) que será visualizado microscopicamente. Portanto, todo acesso, coleta e manipulação (manobras estas mais difíceis para obtenção de amostras intraósseas) devem ser compatíveis com esse objetivo.

Em casos de hemorragia, verificar sua origem e, de acordo com a causa, considerar a realização de compressão, curetagem e sutura ou o uso de anti-hemorrágico.

Sequência de intervenção
• Antissepsia do local eleito para punção ou biópsia. • Anestesia da área. • Punção na área escolhida, de forma a coletar o material para análise visual. • Coleta de fragmento ósseo ou de lesão óssea para envio ao patologista bucal.

Obs.: há grande carência de serviços que realizem biópsia óssea e posterior tratamento das lesões da maxila e da mandíbula. Portanto, deve-se realizar planejamento estratégico a fim de integrar a Rede de Atenção à Saúde e garantir resolutividade e integralidade do cuidado ao paciente. A preservação deve ser feita preferencialmente na Atenção Especializada Ambulatorial.

O EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

Um serviço que se proponha a executar procedimentos de Estomatologia não pode funcionar na ausência de referências para encaminhamento das peças cirúrgicas, bem como de raspados citológicos da mucosa bucal. É obrigatório que o CEO estabeleça com a rede municipal os fluxos e as referências para laboratórios de anatomopatologia. Preferencialmente, esses laboratórios devem ser aqueles com a presença do especialista em Patologia Bucal, reconhecido pela Portaria nº 566 SAS, de 6 de outubro de 2004, artigo 3º. Caso esta referência não exista, sugere-se aos gestores a vinculação ao serviço de anatomia patológica já existente na rede.

Para acondicionamento das peças cirúrgicas, é necessário um frasco plástico com tampa (coletor universal) e formol a 10%, devidamente acompanhadas de ficha de requisição de exame anatomopatológico. O correto e detalhado preenchimento da ficha de requisição é fundamental para a análise da peça. Cabe aos profissionais dos CEOs zelar pela mudança da cultura que despreza peças operatórias sem posterior exame histopatológico. Todas as peças operatórias removidas nos CEOs, obrigatoriamente, devem seguir para exame anatomopatológico.

C) DOENÇAS BUCAIS DE MANEJO MEDICAMENTOSO

- **Candidíase ou candidose**

É a infecção fúngica bucal mais comum. As manifestações clínicas são variáveis, sendo a mais frequente aquela associada à estomatite protética, com formação de área atrófica e eritematosa, que sugere a nomenclatura da lesão. Normalmente, o diagnóstico de candidíase é eminentemente clínico, mas pode-se utilizar a citologia esfoliativa como um auxiliar. O tratamento medicamentoso mais acessível exige, por vezes, protocolos longos e de difícil adesão pelo paciente (Quadro 37). Por ser majoritariamente assintomática, pode passar despercebida da atenção profissional. Reforça-se, portanto, a necessidade de exame clínico cuidadoso e atento. O tratamento medicamentoso é amplamente favorecido por manobras de higiene, desgaste e interrupção de uso das próteses removíveis, já que o biofilme que se forma no interior delas proporciona um nicho que perpetua a agressão tecidual e a progressão da lesão.

Os pacientes que utilizam próteses removíveis (parciais ou totais) devem ser orientados sobre a correta higienização destas, podendo, inclusive, utilizar medicação antifúngica ou as soluções contendo bicarbonato de sódio. As aplicações tópicas de antifúngicos deverão ser mantidas por aproximadamente uma semana após o desaparecimento das manifestações clínicas, já que muitas formas de candidíase permanecem de maneira subclínica e têm muita predisposição à recidiva. Sugere-se que os pacientes portadores desta forma da lesão (atrófica ou eritematosa) sejam avaliados semanalmente até a alta clínica. Já a candidíase do tipo pseudomembranosa, que se manifesta por meio de formação de pseudomembranas esbranquiçadas, é uma forma comum que se manifesta na velhice e na infância (sapinho). Deve-se ficar atento, contudo, à presença das lesões em pacientes imunossuprimidos, diabéticos, irradiados e submetidos à quimioterapia, em que a decisão terapêutica, por vezes, exige abordagens um pouco mais agressivas. Sobretudo, a candidíase pseudomembranosa e a candidíase eritematosa (atrófica) devem ser vistas como indicativo de imunossupressão (particularmente aids) em indivíduos que não estejam dentro dos perfis epidemiológicos descritos anteriormente (recém-natos, idosos e usuários de próteses removíveis).

Quadro 37 – Terapia medicamentosa.

- Nistatina (suspensão oral em forma de bochecho de 10 ml, por 2 minutos, 4 a 5 vezes ao dia, durante 14 dias, podendo ser engolida após o bochecho).
- Miconazol 20 mg (gel oral que deverá ser aplicado dentro da prótese, 4 vezes ao dia, durante 14 dias).
- Fluconazol (100 mg; 2 comprimidos no 1º dia, seguidos de 100 mg a 200 mg por dia, por 7 a 14 dias).
- Orientação sobre higienização correta de próteses.

Fonte: Autoria própria.

- **Aftas**

É uma lesão ulcerada muito comum na boca. Sua incidência varia de 20% a 60%, dependendo da população estudada. O fator etiológico não é um consenso. O mais aceito é o fator imunológico, embora discutam-se bastante as hipóteses infecciosas, alimentares e também traumáticas (no caso das lesões oriundas das punções anestésicas, por exemplo).

São reconhecidos três tipos de úlceras aftosas: **maiores** (úlceras com mais de 1 cm, que podem durar até 6 semanas, deixando cicatriz), **menores** (úlceras com menos de 1 cm e com curso clínico de 7 a 10 dias, curando sem deixar cicatriz); e **herpetiformes** (grupos de pequenas úlceras). Todas apresentam-se como úlceras doloridas, recidivantes e que não são precedidas por vesículas.

O diagnóstico é eminentemente clínico, dado seu aspecto clínico amplamente reconhecido. O tratamento pode ser com corticoide tópico. Em casos graves, pode-se lançar mão da corticoterapia sistêmica. Nessa ocasião, só deve ser utilizada por profissionais com experiência nesse tipo de tratamento e com completo controle sobre as interações medicamentosas e os efeitos colaterais em caso de uso prolongado da droga (Quadro 38).

Quadro 38 – Terapia medicamentosa

- Acetonido de triancinolona 1 mg (orabase aplicada sobre a lesão, três a cinco vezes ao dia).
- Dexametasona em elixir para uso exclusivamente tópico em bochechos, que devem se repetir de quatro a cinco vezes ao dia, durante o tempo de manifestação clínica.
- Nas aftas maiores, o uso de corticosteroide sistêmico pode estar indicado, desde que haja sintomatologia intensa e tempo de duração prolongado. Esta terapêutica sistêmica pode suceder ou ser utilizada concomitantemente às alternativas de corticoterapia tópica descritas para as aftas menores.
- Para o controle imediato da estomatite aftosa grave, recomenda-se dose moderada de prednisona durante curto período de tempo (20 mg a 40 mg de prednisona por dia pela manhã, durante uma semana, seguido de metade da dose inicial durante outra semana).

Fonte: Autoria própria.

- **Herpes labial**

É uma infecção viral, recorrente e contagiosa. As lesões de herpes crescem em relevância clínica a partir do momento em que o paciente começa a manifestar lesões maiores, com franca extensão pela área peri e intrabucal, com episódios que passam a ocorrer em intervalos cada vez menores de tempo. Tais características podem estar relacionadas à imunossupressão e devem despertar no clínico a necessidade

de exames mais aprofundados e principalmente correlação com demais dados da anamnese. Não raro na aids, o herpes passa a ser um agente etiológico frequente de lesões duradouras e de sintomatologia intensa.

O aspecto clínico costuma ser suficiente para o diagnóstico da maioria dos casos de herpes labial.

Infelizmente, não há até hoje evidências científicas definitivas a respeito de um protocolo terapêutico que previna a ocorrência ou diminua o curso clínico das lesões, a despeito de inúmeros relatos de casos com as mais distintas possibilidades terapêuticas. Recomenda-se que os pacientes acometidos procurem identificar o início do ciclo lesional e, neste momento, façam aplicações de aciclovir tópico em pomada. Não se justifica a adoção de terapia sistêmica para os pacientes com manifestações de herpes labial recorrente em estado de higidez imunitária.

Na primoinfecção que acomete a criança, a terapêutica é exclusivamente de suporte, mantendo-se uma ingestão alimentar adequada, com repouso, analgesia não opiácea e, em situações selecionadas, anestésicos tópicos.

- **Hemangiomas**

Os hemangiomas são anomalias vasculares benignas e comuns, caracterizadas por proliferação dos vasos sanguíneos. Muitas vezes, manifestam-se ao nascimento, ou logo depois, e aparecem como um edema suave e um violáceo no lábio, língua ou mucosa bucal. Muitas lesões envolvem espontaneamente até aproximadamente os 7 anos de idade, não configurando neoplasmas verdadeiros. A etiologia da lesão é discutível e, embora o termo hemangioma sugira neoplasia, alguns autores preferem classificá-lo como hamartoma.

O aspecto clínico dos hemangiomas é descrito como bastante característico, pela coloração azulada ou violácea, principalmente os do tipo cavernoso. A coloração, a textura superficial, a localização da lesão e a idade do paciente são fatores importantes no diagnóstico das lesões mais superficiais. A diascopia é a manobra diagnóstica que pode ajudar a distinguir lesões de componente vascular de outras lesões também pigmentadas (Quadro 39).

Nas lesões mais profundas, a definição diagnóstica torna-se mais difícil. Quando intraósseos, mostram aspecto osteolítico semelhante a outras lesões dos maxilares. Os hemangiomas intraósseos representam por volta de 1% dos tumores ósseos, sendo a maioria de localização vertebral e craniana. Outras localizações podem incluir, além das mucosas e da face, as glândulas salivares maiores, principalmente a parótida.

Existem muitas controvérsias acerca dos hemangiomas. Conceito, diagnóstico, classificações, exames complementares e tratamento têm sido objetos de diversos trabalhos relatados na literatura. Também não existe consenso com relação à melhor opção terapêutica para o hemangioma. Deve-se sempre levar em consideração fatores como idade do paciente e tamanho da lesão.

Quadro 39 – Manobra diagnóstica para hemangioma – diascopia

- Exame clínico.
- Verificar coloração, textura superficial, localização da lesão e idade do paciente.
- Realizar a diascopia.
- Pressiona-se sobre a lesão, ou parte dela, uma lâmina de vidro (vitropressão): por meio da transparência da lâmina, observa-se um esvaziamento do conteúdo da lesão, um achado de valor semiológico importante.
- Para lesões intraósseas, tomografia computadorizada, ressonância magnética e angiografia podem ser utilizadas.

Fonte: Autoria própria.

Os hemangiomas superficiais podem ser submetidos à punção aspiradora, sendo igualmente passíveis de serem visualizados por meio da ultrassonografia. Recomenda-se a punção como conduta prévia a qualquer abordagem cirúrgica. Durante a punção, os hemangiomas do tipo arterial podem empurrar o êmbolo da seringa, dada sua pressão interna. Nos casos em que a cirurgia for a indicação terapêutica, é fundamental definir a completa extensão do hemangioma, pois pode acontecer recidiva após remoção incompleta. A angiografia pode mostrar o tamanho e a distribuição dos vasos sanguíneos, evidenciando o caráter vascular das lesões. A variação e a quantidade de exames necessários para um correto diagnóstico tornam desafiadora a conduta do CD no nível de Atenção Especializada Ambulatorial, como o que se propõe o CEO. A terapêutica destas lesões assume, na dependência do seu tamanho, caráter multiprofissional, que pode exigir o estabelecimento de fluxos e vínculos com equipes de cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço e pediatria.

Para que a terapêutica dos hemangiomas da mucosa bucal seja bem-sucedida, é necessário que cada caso seja analisado com relação às suas características particulares. Sugere-se que, nos CEOs, seja realizado o tratamento/acompanhamento de lesões pequenas e assintomáticas, sendo possível que muitos pacientes convivam com elas por longo período de tempo sem necessidade de tratamento. Em outras situações, tais como comprometimento estético, hemorragia frequente e intensa, assimetria facial e interferência funcional em diferentes órgãos, a terapêutica cirúrgica destas lesões passa a ser considerada. Na literatura, há referência a diversas modalidades de tratamento, todas elas com variáveis graus de sucesso e aplicabilidade clínica. Devido a uma tendência de regressão dos hemangiomas, pode-se ter, com crianças, uma atitude de acompanhamento clínico.

A excisão cirúrgica pode ser uma opção nas lesões pequenas e, também, naquelas que apresentam grande comprometimento estético ou funcional. Na Estomatologia, tem-se optado pelo tratamento das primeiras, já que nas lesões de maior porte há necessidade de extremo cuidado na avaliação de risco cirúrgico, sendo esta atribuição da Atenção Especializada Hospitalar. A cirurgia dos hemangiomas maiores

é perigosa e pode produzir resultados estéticos pouco satisfatórios. As sequelas do tratamento cirúrgico requerem procedimentos reconstrutivos extensos, além de apresentarem risco de hemorragia transoperatória grave.

Como alternativa, foram desenvolvidos tratamentos de embolização. Esses métodos são classificados em dois tipos principais: injeção de materiais de embolização sólidos ou inserção de um cateter oclusivo em forma de balão. Entretanto, esses materiais ainda são considerados pouco satisfatórios em termos de segurança e resultado em longo prazo.

No caso de malformações de vasos sanguíneos de pequeno calibre e baixo fluxo, como aqueles frequentemente encontrados na mucosa bucal, a embolização por cateterismo é impossível de ser realizada. Nesta situação, as lesões podem ser excisadas cirurgicamente, tratadas por crioterapia ou *laser*, que são formas terapêuticas bastante úteis nas lesões superficiais. Ainda nas lesões pequenas da mucosa bucal, é de particular interesse o uso de agentes de esclerose química. Tais agentes podem ser facilmente encontrados no mercado e sua aplicação no tratamento de hemangiomas bucais de tamanho pequeno constitui procedimento relativamente simples.

Nesse tipo de terapia, objetiva-se provocar uma involução do componente vascular do hemangioma por meio da injeção intralesional de diversos fármacos. Os mecanismos básicos de esclerose podem ser efetuados pelos: agentes osmóticos, que ocasionam desidratação tecidual e destruição endotelial (soluções salinas, glicose); agentes detergentes, que ocasionam destruição endotelial pela interferência com a superfície celular lipídica (morruato de sódio, psiliato de sódio, oleato de monoetanolamina); agentes químicos, que agem pela sua toxicidade nas células endoteliais (Quadro 40).

Existem, ainda, relatos do uso de eterosclerol, álcool 95º, sulfato tetradecílico de sódio (sotradecol) como opção de tratamento conservador em crianças. A esclerose química também pode ser recurso prévio à cirurgia, diminuindo o tamanho da lesão e permitindo abordagem cirúrgica menos agressiva. Recomenda-se, para uso nos CEOs, o oleato de monoetanolamina (*ethamolin*) aplicado localmente em diversas sessões.

Quadro 40 – Sequência de aplicação do oleato de monoetanolamina

- A aplicação deve ser feita em lesões com até 1 cm de diâmetro, pois, nestes casos, os resultados são mais previsíveis.
- Usa-se uma seringa de insulina com quantidade bastante pequena do fármaco (em torno de 0,2 ml).
- Na maior parte dos pacientes, pode ser usado apenas anestésico tópico, pois o desconforto provocado pela injeção do oleato de etanolamina é uma ardência que costuma durar de 10 a 15 minutos no local de aplicação.

Continua

Conclusão

- Não se deve exagerar na quantidade do produto a ser injetado, pois o fármaco pode provocar necrose superficial.
- O intervalo entre as aplicações deve ser de uma semana, caso não haja complicações, tais como úlceras necróticas (nesta situação, aguarda-se a completa cicatrização da área ulcerada para que se repita a aplicação). Normalmente, são necessárias de cinco a dez aplicações para que se obtenha um resultado estético e funcional satisfatório em lesões com até 1 cm de diâmetro na mucosa bucal.
- O procedimento pode ser realizado em quaisquer das localizações intrabuciais e também no lábio, um sítio de expressão bastante comum dos hemangiomas.
- A prescrição pós-operatória é composta exclusivamente de analgésico não opioide.

Fonte: Autoria própria.

D) TERAPÊUTICA DE LESÕES COMUNS QUE ACOMETEM AS GLÂNDULAS SALIVARES

- **Mucoceles**

As mucocelos são as lesões mais frequentes das glândulas salivares no âmbito da prática estomatológica. Aumento de volume, em forma de bolha, prioritariamente na mucosa interna do lábio e ventre lingual, de coloração azulada, denotando o conteúdo líquido salivar, é característica da mucocela. O diagnóstico é eminentemente clínico, dada a localização, as características das lesões fundamentais (bolha) e a história clínica de remissão e exacerbação. Raramente há sintomatologia dolorosa.

As mucocelos são fenômenos mais comuns às crianças, aos adolescentes e aos adultos jovens. Nas crianças, pode ser interessante e até necessária a participação do odontopediatra em situações de manejo mais difíceis ou desafiadoras.

O diagnóstico diferencial engloba o fibroma e a hiperplasia fibrosa inflamatória. Isto pode acontecer em virtude da permanência de algumas lesões por um período de tempo suficiente para que hábitos de mordiscamento e irritação da superfície epitelial provoquem fibrosamento e/ou hiperqueratose, complicando a identificação da lesão fundamental (bolha ou nódulo).

O tratamento pode ser a micromarsupialização, que consiste na passagem de um fio de sutura objetivando o esvaziamento do conteúdo salivar da bolha, como estratégia terapêutica prévia à excisão completa. A micromarsupialização é indicada principalmente nos casos em que as lesões se apresentam mais profundamente no tecido conjuntivo, dificultando a exata delimitação das bordas cirúrgicas. Algumas mucocelos têm remissão espontânea e este aspecto deve ser considerado no planejamento terapêutico.

Quando localizadas no lábio, deve-se avisar o paciente sobre um possível fibrosamento na região, característica essa de grande variabilidade individual após os procedimentos cirúrgicos. Nas excisões, o leito cirúrgico deve ser investigado cuidadosamente para a presença de glândulas salivares menores. Na medida do possível, deve-se remover glândulas salivares menores mais exuberantes junto ao leito, já que é muito difícil determinar qual das inúmeras glândulas salivares do lábio seria a responsável pelo fenômeno de retenção salivar. Sutura simples interrompida e prescrição analgésica, associada a cuidados locais comuns às demais cirurgias intrabuciais, são suficientes para um pós-operatório tranquilo.

Recomenda-se, no manejo destas lesões, bastante cuidado com a remoção cirúrgica, haja vista que o controle do sangramento no lábio, principal sítio de localização das mucocèles, é imprescindível para que haja sucesso. Em outra localização bastante frequente – o ventre lingual –, o manejo cirúrgico também deve ser cauteloso pela presença de vasos calibrosos e de um epitélio de pouca espessura. Dá-se preferência (desde que a identificação da bolha e de seu conteúdo, composto de saliva, seja evidente) à remoção total das mucocèles.

Sequência de intervenção

- Exame clínico.
- Exame por imagem (nem sempre necessário).
- Micromarsupialização.
- Em caso de não regressão, encaminha-se para remoção cirúrgica.
- Acompanhamento clínico periódico.

• Rânulas

As rânulas são fenômenos de retenção específicos da glândula sublingual. Como esta glândula apresenta produção salivar quantitativamente maior, os fenômenos de retenção costumam se manifestar como bolhas de maior volume. O aumento de volume (bolha) na área sublingual, de coloração azulada, denota o conteúdo líquido salivar. O diagnóstico é eminentemente clínico, dada a localização, característica das lesões fundamentais (bolha) e da história clínica de remissão e exacerbação. Raramente há sintomatologia dolorosa.

Essas lesões são preferencialmente tratadas por meio de micromarsupialização. Por vezes, a micromarsupialização deve ser repetida por um período razoável de tempo até que haja extravasamento completo do conteúdo salivar da bolha. O paciente deve ser avisado sobre estas características para que possa colaborar efetivamente com o tratamento. Fios de sutura mais espessos costumam gerar melhores resultados e permanecer no local por mais tempo. Os pacientes portadores de rânula devem ser avaliados periodicamente. Na falha da estratégia de micromarsupialização, procede-se à remoção cirúrgica da bolha.

Sequência de intervenção

- Exame clínico.
- Exame por imagem (nem sempre necessário).
- Marsupialização.
- Em caso de não regressão, encaminha-se para remoção cirúrgica.
- Acompanhamento clínico periódico.

A prescrição pós-operatória é composta exclusivamente de analgésico não opioide.

- **Sialolitíases**

Nas glândulas salivares maiores que apresentam ductos excretores de trajeto mais longo, podem ocorrer fenômenos de calcificação que obstruem a excreção da saliva. A retenção da saliva no interior da glândula (parótida ou submandibular) provoca aumento de volume local e sintomatologia dolorosa.

Recomenda-se a realização de exames, como radiografia periapical, panorâmica e outras, para localização precisa do sialolito. A ecografia (ultrassonografia) apresenta-se como método para investigação inicial e para diagnóstico diferencial. Sugere-se que todos estes exames, na dependência da apresentação clínica das sialolitíases, sejam solicitados pela equipe dos CEOs.

Quando o sialolito é identificado em porções terminais dos ductos salivares, tais como junto à papila parotídea, à carúncula sublingual ou ao assoalho da boca, e esteja acessível, a cirurgia ambulatorial deve ser o procedimento de escolha. Em todas as demais situações, sugerem-se a avaliação e o encaminhamento para profissional da especialidade de cirurgia de cabeça e pescoço.

Sequência de intervenção

- Exame clínico.
- Executar manobra de ordenha da glândula.
- Executar exames por imagem.
- Encaminhar para remoção cirúrgica do sialolito.
- Acompanhar periodicamente.

Analgésico não opioide, anti-inflamatórios não esteroidais, bochechos com clorexidina e antibioticoterapia são indicados, caso haja sinais de coleção purulenta.

- **Outros aumentos de volume da glândula salivar**

Os aumentos de volume de glândula salivar maior podem ainda ser decorrentes de fenômenos como doenças autoimunes (síndrome de Sjogren), parotidites epidêmicas (caxumba), parotidites bacterianas, parotidites recorrentes, neoplasias benignas e malignas e em pacientes alcoólatras e HIV positivos. No caso das doenças do colágeno, tem-se notado a importância do estomatologista para o estabelecimento do diagnóstico da síndrome de Sjögren primária ou secundária. Tal doença pode estar associada ao lúpus eritematoso, à artrite reumatoide e a sintomas como a xerofthalmia, sendo que seu diagnóstico exige, na maioria dos casos, interação multiprofissional. Cabe ao estomatologista desconfiar dos sinais clínicos de xerofthalmia, hipossalivação e dores articulares, realizando biópsia incisional de glândula salivar menor (preferencialmente labial) e solicitação de exames para autoanticorpos ou alterações celulares provocadas por eles, tais como pesquisa de células LE, fator antinuclear, anti-SSA, anti-SSB e fator reumatoide.

O conhecimento acerca da epidemiologia das lesões de glândulas salivares e dos exames complementares caracteristicamente utilizados no diagnóstico diferencial, sejam estes de imagem, sorológicos, sejam hematológicos, deve ser de domínio do profissional para a prática estomatológica em cada CEO. Percebe-se que a equipe do CEO deve estabelecer fluxos claros de referência e contrarreferência com especialidades tais como a Dermatologia, a Reumatologia, a Oftalmologia e a Otorrinolaringologia. Exige-se, do atendimento estomatológico no CEO, que o CD não abra mão das prerrogativas inerentes à sua atividade profissional, que envolvem o diagnóstico e o tratamento dos tecidos duros e moles do complexo maxilomandibular. Delegar tais procedimentos é na maioria das situações onerar o sistema público de saúde e diminuir a resolutividade dele.

E) LESÕES COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO

- **Leucoplasia**

Lesão ou placa predominantemente branca, de comportamento questionável, e que tenha excluído clínica e histopatologicamente qualquer outra doença ou lesão branca definível. A etiologia da leucoplasia é considerada multifatorial, mas o fumo é um elemento frequentemente envolvido. O álcool é considerado um fator de risco independente, mas não há dados definitivos. Existem resultados conflitantes de estudos relacionados com o possível papel da infecção pelo papilomavírus humano. Como a leucoplasia pode imitar uma grande variedade de lesões, em casos suspeitos, é fundamental descartar um possível fator causal, como restauração dental ou irritação mecânica.

O objetivo principal no manejo da leucoplasia é detectar e prevenir a transformação maligna. Na primeira, é recomendada a cessação das atividades de risco, como o tabagismo. Além disso, é necessária a avaliação histopatológica. O grau de displasia

vai orientar a escolha do tratamento: lesão sem displasia ou displasia leve pode ser completamente removida (considerados a localização, o tamanho e o engajamento do paciente na cessação do tabagismo). Na presença de displasia epitelial moderada ou severa, é recomendado tratamento cirúrgico convencional ou ablação por *laser*, electrocauterização ou criocirurgia. A recorrência de leucoplasia após o tratamento cirúrgico tem sido relatada em mais de 10% dos casos. A excisão cirúrgica da leucoplasia não reduz o risco de posterior transformação maligna, mas traz a oportunidade para um exame histopatológico. A citologia esfoliativa é uma estratégia pouco invasiva e adequada para o acompanhamento de lesões com atipia leve. Pode-se repetir biópsia incisional nos casos em que seja descrita atipia moderada ou se houver modificação do aspecto clínico, tais como aumento de tamanho e modificação da superfície. Autores reportaram que a taxa de transformação maligna da leucoplasia aproxima-se de 6% dos casos.

Não há tratamento satisfatório para a leucoplasia. Deve admitir-se que, geralmente, ela deve ser removida (de preferência, totalmente) e, se possível, os pacientes devem ser monitorados regularmente para qualquer alteração relevante na mucosa e instruídos a evitar os principais fatores de risco de displasia epitelial oral, especialmente o uso de tabaco e o consumo de álcool.

Sequência de intervenção

- Exame clínico.
- Biópsia cirúrgica (para confirmação do diagnóstico e verificação do grau de displasia presente).
- Encaminhamento para serviço especializado.
- Tratamento (cirúrgico convencional ou ablação por laser, electrocauterização ou criocirurgia).
- Acompanhamento clínico-periódico.
- Intervenção para eliminação de fatores de risco, como tabagismo.

• Queilite actínica

Atrofia, placas, úlceras e crostas majoritariamente localizadas no lábio inferior com perda de delimitação entre o vermelhão do lábio e da pele caracterizam a queilite actínica. Esse quadro muitas vezes é erroneamente identificado como parte do processo de envelhecimento. É uma das lesões em que o potencial de malignização tem sido mais negligenciado e, portanto, adota-se como protocolo para os CEOs uma atenção mais rigorosa com pacientes que manifestem tais alterações ou que tenham histórico de excessiva exposição solar, seja por fatores ocupacionais ou outros.

Sequência de intervenção

- Exame clínico.
- Biópsia cirúrgica (para confirmação do diagnóstico e verificação do grau de displasia presente).
- Encaminhamento para serviço especializado no CEO.
- Tratamento (cirúrgico, com crioterapia, laser ou medicamentoso).
- Acompanhamento clínico periódico.

• Líquen plano

É uma doença mucocutânea inflamatória crônica bastante comum. A importância dela está relacionada ao seu grau de frequência na população, sua multiplicidade de aspectos e sua possível correlação com a malignidade. O líquen plano é uma doença que afeta homens e mulheres, com predomínio destas, e preferencialmente na meia-idade. As manifestações bucais são extremamente variáveis, sendo o mais comum o tipo reticular plano (numerosas linhas ou estrias brancas que se entrelaçam produzindo um padrão rendilhado, que não cede à raspagem). A área mais comumente atingida é a mucosa jugal, mas também pode ser observada na língua, na gengiva e nos lábios. A forma de placa assemelha-se clinicamente à leucoplasia, atingindo principalmente o dorso da língua e a mucosa jugal. A forma atrófica, a exemplo das demais formas clínicas, pode ser encontrada junto às outras formas clínicas, não sendo necessário que haja apenas uma expressão clínica da doença em um único paciente. As formas reticular e erosiva, por exemplo, podem ser vistas nas margens de zonas atróficas e vice-versa. Na forma erosiva, tem-se uma superfície irregular e acentuadamente eritematosa, que pode sangrar quando manipulado, e uma placa fibrinosa cobre as áreas nas quais a erosão é mais pronunciada. Há também uma variante bolhosa que é mais rara e se apresenta por bolhas ou vesículas que, geralmente, duram pouco tempo e rompem-se deixando uma superfície ulcerada; as lesões são normalmente encontradas na mucosa jugal, mas podem acometer a borda lateral da língua e, raramente, as gengivas e a face interna dos lábios. Na pele, o líquen plano apresenta-se como pequenas pápulas violáceas, poligonais e planas.

O diagnóstico pode ser exclusivamente clínico nas ocorrências mais típicas, mas, em alguns casos, a biópsia incisional está indicada.

Sugere-se, como conduta aos CEOs, a realização da biópsia incisional como procedimento padrão e como recurso ao diagnóstico diferencial entre o líquen plano e as leucoplasias ou lúpus eritematoso, lesões estas cuja terapêutica e cuja conduta clínica requerem cuidados adicionais.

Nenhum tratamento provou ser eficaz na eliminação do líquen plano. Como o líquen plano é uma condição crônica, os pacientes devem ser examinados periodicamente

e a biópsia incisional deve ser sempre indicada em caso de agravamento das características clínicas (úlceras e erosões) (Quadro 41).

Quadro 41 – Terapia medicamentosa

- Os corticosteroides são os medicamentos mais úteis no controle dos casos sintomáticos (erosões e ulcerações).
- Podem ser aplicados preferencialmente na forma tópica.
- O medicamento mais indicado é a dexametasona elixir para bochechos, de quatro a cinco vezes ao dia (uma colher de sopa), ou, nos casos mais graves, com uso concomitante de corticoterapia tópica e sistêmica (a exemplo do protocolo descrito para os casos mais graves de aftas).

Fonte: Autoria própria.

• Líquen plano ulcerado

O líquen plano é uma doença crônica inflamatória mucocutânea relativamente comum. Esta doença mucocutânea foi primeiramente descrita por Wilson, em 1869. Líquen plano afeta 1% a 2% da população do mundo e 1,5% da população indígena. É uma doença de meia-idade, mas, ocasionalmente, as crianças também são afetadas. As lesões orais são caracterizadas por lesões brancas sintomáticas multiformes, levantadas e acompanhadas por áreas de erosão e pigmentação, especialmente no ventre e no dorso lingual e na mucosa jugal. O seu potencial de malignização tem sido objeto de controvérsia. A transformação maligna de líquen plano oral pode ser avaliada por meio da análise da expressão de proteínas relacionadas com a proliferação celular e apoptose. Clinicamente, deve-se manter vigilância com exames periódicos e biópsias incisórias no agravamento de aspecto clínico.

Sequência de intervenção

- Exame clínico.
- Biópsia cirúrgica (para confirmação do diagnóstico clínico).
- Tratamento com corticoide tópico.
- Acompanhamento clínico periódico.
- Encaminhamento para serviço especializado, caso não haja regressão ou melhora do quadro clínico.

Recomenda-se ainda que a equipe do CEO, para efeito de vigilância ao câncer de boca, atente-se para o diagnóstico de lesões em que as evidências científicas permitam afirmações sobre risco de malignização (leucoplasia, queilite actínica e

líquen plano erosivo/ulcerado). As lesões traumáticas, como principal exemplo àquelas provocadas por próteses removíveis, não devem ser tratadas como lesões com potencial de transformação maligna.

- **Outras condições importantes**

Uma série de doenças hipoimunitárias pode levar a um aumento da probabilidade do desenvolvimento de câncer. Para as lesões malignas bucais, a aids tem sido bastante discutida, particularmente em relação à ocorrência de neoplasias malignas de origem no tecido conjuntivo (linfomas e sarcomas de Kaposi). Doenças raras, tais como a anemia de Fanconi, também se caracterizam por aumento na ocorrência de carcinomas intrabucais. Deve-se ter atenção, também, às eritroplasias, não discutidas neste documento devido à tendência da literatura em classificá-las já como carcinoma *in situ*, não mais como lesão com potencial de malignização.

F) O CEO E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTROLE E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA

O câncer de boca representa um desafio quanto à sua prevenção e também quanto à atenção em saúde bucal no paciente portador. Na maior parte dos casos, o epitélio é apontado como sendo a região de origem. Tal fato representa uma facilidade em termos diagnósticos, já que as manifestações podem ser reconhecidas em estágios iniciais de evolução em numerosas situações. Soma-se a isto o fato de a boca ser uma região de fácil acesso ao exame clínico profissional e ao autoexame por parte do paciente, desde que exista adequada iluminação e conhecimento técnico mínimo (semiologia da boca) por parte do profissional da saúde.

Na perspectiva do paciente, a divulgação da doença e de seus principais fatores de risco poderia representar uma forma de prevenção, atenção e vigilância, bastante barata e acessível a um grande número de cidadãos. A língua, o assoalho de boca e o lábio são os sítios anatômicos responsáveis por 79,6% dos casos em homens e 69,4% dos casos em mulheres na casuística do Hospital Ernesto Gardner. Um estudo no Hospital Mario Penna, de Belo Horizonte, relatou que 44,8% dos pacientes diagnosticados eram analfabetos e que 58,9% teriam renda mensal inferior a um salário mínimo.

Em contraste às peculiaridades descritas para o diagnóstico, a maior parte dos pacientes apresenta-se para o tratamento em estágios bastante avançados. Além deste diagnóstico tardio, o paciente com câncer de boca sofre uma defasagem importante de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Trabalhos de pesquisas brasileiras apontam para um intervalo de mais de 200 dias entre o diagnóstico e o tratamento. Tal fato torna-se ainda mais relevante quando se verifica, em alguns estudos, que 53,4% dos pacientes com câncer de boca apresentam estadiamento III ou IV na admissão hospitalar. Nesse caso, as taxas de sobrevida para os estádios III e IV foram de 46,3% e 21,6% em cinco anos, respectivamente,

em contraste com taxas de 79,5% e 59,7% para os estádios I e II, respectivamente, no Hospital Erasto Gaertner.

Tabagismo, etilismo e exposição solar excessiva seriam os fatores de risco mais relevantes para a ocorrência do câncer de boca e de lábio. Assim, a prevenção primária do câncer de boca se dá por meio da redução ou da cessação do consumo de álcool e fumo, em longo prazo. Somados ao enfrentamento dos hábitos de risco, a detecção e o diagnóstico precoce são as principais alternativas de prevenção. Para os casos de câncer de lábio, a orientação quanto à exposição solar parece ser a estratégia de maior impacto na redução da ocorrência destas lesões, aliada à identificação precoce de alterações teciduais com potencial de malignização.

As lesões com potencial de malignização podem ser reconhecidas na boca e podem servir ainda como parâmetro de triagem e seleção de pacientes que necessitariam de acompanhamentos clínicos e laboratoriais mais rigorosos.

As terapias de eleição para o câncer de boca dependem do estágio de evolução e tipo histológico do tumor. A cirurgia e a radioterapia são as mais frequentes abordagens terapêuticas para estes pacientes. A quimioterapia vem sendo gradativamente incorporada a alguns protocolos terapêuticos. O tratamento pode compor-se de cirurgia (seguida ou não de radioterapia, com ou sem quimioterapia adjuvante) ou pode ser não cirúrgico, em duas situações: objetivando a preservação do órgão afetado, quando o tumor poderia, inicialmente, ser abordado com cirurgia, ou visando ao tratamento definitivo, na impossibilidade de exérese tumoral, como no caso dos tumores localmente avançados ou metastáticos. Nesse último caso, a radioterapia, associada à quimioterapia ou à terapia alvomolecular (TAM), assume importância fundamental. O tratamento sistêmico pode ser aplicado de maneira concomitante ou prévia ao início da irradiação, com intenção neoadjuvante.

Tais terapias trazem consigo a necessidade de suporte multiprofissional, tanto no que concerne à morbidade que podem provocar (nutricionistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, dermatologista, otorrinolaringologista) quanto à própria complexidade da abordagem cirúrgica e do planejamento oncológico (cirurgiões de cabeça e pescoço, oncologista, radioterapeuta, cirurgia plástica). Em qualquer dessas abordagens, deve-se incorporar o cirurgião-dentista à equipe multidisciplinar. Justifica-se seu envolvimento graças ao conhecimento semiológico das estruturas da boca, bem como à sua capacidade de atender às demandas dentárias e à morbidade sobre a mucosa bucal nos períodos pré, trans e pós-tratamento oncológico. Pode-se citar, entre os processos mórbidos da boca, a redução de fluxo salivar, disgeusia, limitação de abertura bucal, mucosite, candidíase, cáries de radiação e osteorradionecrose. Todas estas implicam considerável desconforto e perda da qualidade de vida.

A avaliação da qualidade de vida (QV) em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) é essencial não só para a avaliação de opções de tratamento, mas também com o desenvolvimento dos serviços de reabilitação e materiais de educação do paciente. Apesar disso, há uma falta de compreensão do verdadeiro significado clínico da QV em CCP e da melhor forma de interpretar e aplicar os resultados de

pesquisas na prática clínica. Esse problema tem sido alimentado pela falta de ensaios clínicos randomizados em CCP que prospectivamente avaliam qualidade de vida. O uso de medidas, às vezes inadequadas, e a falta de uma medida-padrão ouro para facilitar comparações entre os estudos são outros pontos a considerar. Somando-se ao problema, os pesquisadores muitas vezes combinam medidas de qualidade de vida em seus estudos sem entender como elas se complementam ou entram em conflito umas com as outras.

O trabalho de Galli (2013) mostrou que as glândulas salivares maiores de pacientes submetidos à radioterapia conformacional sofrem significativas alterações morfológicas, funcionais e de excreção ao serem analisadas por meio de exames imagiológicos complexos. No entanto, exames mais simples, como a avaliação volumétrica do fluxo salivar e a aplicação de questionário de xerostomia, podem ser suficientes para avaliação da disfunção salivar após radioterapia, trazendo também informações relevantes sobre a qualidade de vida do paciente. Esses exames podem fazer parte do protocolo de atenção odontológica ao paciente portador de câncer de cabeça e pescoço como estratégia de diminuição da morbidade associada ao tratamento oncológico.

A xerostomia é um sintoma relatado pelo paciente e facilmente apreciado pela equipe odontológica. Em ambulatorios médicos, pode ser difícil identificar quais pacientes têm xerostomia. Também pode ser difícil identificar o quanto isso é um problema para eles. A xerostomia e outras preocupações subjetivas podem passar despercebidas pela equipe médica. Isso reforça o papel do cirurgião-dentista na avaliação do paciente com câncer de boca. Embora a xerostomia possa ser avaliada pelo cirurgião-dentista como membro da equipe multidisciplinar de atenção ao paciente oncológico, a atenção odontológica ainda está focada na eliminação, ou na estabilização, das infecções bucais.

Os tratamentos dentários e estomatológico do paciente com neoplasia maligna da boca justificam-se ainda quando notamos que as alterações provocadas pelo câncer de boca podem levar a infecções locais e sistêmicas, que podem aumentar a morbidade da doença. A proliferação de fungos e bactérias anaeróbias é estimulada por procedimentos imunossupressores locais e gerais, tais como a radio e a quimioterapia. Outros dados reforçam que o seguimento dos casos pelo cirurgião-dentista deve ser rigoroso, principalmente porque cerca de 50% dos pacientes irradiados falham em submeter-se ao acompanhamento periódico da saúde bucal no intervalo de um ano seguinte à irradiação. A baixa aderência ao tratamento pode ser explicada no cômputo geral como parte do quadro do etilismo, em que existe o perfil manipulador do paciente, seu distanciamento familiar e um quadro de adoecimento extensivo à família. O quanto esse perfil afeta as respostas é um ponto sem resposta.

Apesar desses argumentos e de existirem bons centros de referência com modelos de atendimento ao câncer de boca que incluem o cirurgião-dentista, alguns autores apresentaram dados de que 90,32% dos pacientes não receberam tratamentos odontológicos prévios à radioterapia, 83,88% não receberam informações sobre possíveis complicações bucais da radioterapia e 77,41% não receberam orientações

sobre os cuidados com sua saúde bucal. No entanto, o preparo odontológico do paciente antes da radioterapia configura-se como a garantia dos princípios éticos de não maledicência e de prestação do bem. Também se fundamenta na literatura que tem evidências de que a eliminação ou a estabilização das infecções bucais é o principal procedimento no manejo dos pacientes oncológicos pelos dentistas.

Em resumo, pode-se melhorar a morbimortalidade por câncer de boca, modificando determinantes específicos para cada país, relacionados a estilos de vida (não só a alta prevalência de tabagismo e etilismo), mas melhorando a eficácia do sistema de saúde, bem como as condições culturais e socioeconômicas.

6.2.2.7 Pacientes com necessidades especiais

O atendimento a pacientes com necessidades especiais é essencialmente multiprofissional, o que pode favorecer a integralidade das ações e a educação permanente na forma de interconsultas entre os profissionais para o planejamento do tratamento. A abordagem psicológica do paciente deve buscar uma boa relação profissional versus equipe multidisciplinar, que será fundamental para o sucesso do tratamento. Para tal, deve ser estimulada uma atitude empática do profissional. As crenças, os sentimentos e as queixas do paciente e seus cuidadores devem ser respeitadas, e as explicações sobre os procedimentos a serem realizados devem ser claras para que não haja dúvida por parte do usuário e/ou seu cuidador, cuja presença deve ser estimulada durante o atendimento.

Este capítulo descreve as situações mais frequentes durante o atendimento às pessoas com necessidades especiais e busca sistematizar orientações práticas de como solucionar as principais dificuldades encontradas pelo CD, pela ASB e pelo TSB, neste atendimento, de acordo com a necessidade especial apresentada pelo usuário. A conduta odontológica não apresenta diferença daquela comumente utilizada no dia a dia da clínica. O que pode variar é a forma de cuidado e a atenção a ser dispensada em cada necessidade, condição especial e seu contexto.

Para pacientes com necessidades especiais:

- Avaliar as condições físicas, sociais e emocionais da pessoa. Na maioria dos casos, é neste momento que surgirão as questões sobre as necessidades especiais e os cuidados a serem tomados para o tratamento odontológico de forma adequada. Se o próprio usuário não tiver condições de responder às questões de anamnese, deve-se buscar as respostas com os cuidadores, familiares e demais profissionais que o acompanham.
- Obter o máximo de informações não somente em relação ao diagnóstico da lesão ou condição bucal específica, mas também para utilizá-las no encaminhamento a outros profissionais do campo de saúde.

A abordagem do paciente com necessidade especial deve considerar, necessariamente:

- A realização de exame clínico com anamnese e exame físico, visando conhecer as potencialidades e deficiências de cada pessoa.
- A solicitação de exames complementares de imagem e/ou laboratoriais conforme o procedimento a ser realizado (se invasivos, principalmente o hemograma com plaquetas, observando as variações quantitativas e qualitativa de hemácias, leucócitos e plaquetas, coagulograma – TP, TTPA e INR – e avaliação médica).
- A realização do plano de tratamento.
- A avaliação do risco/benefício do procedimento odontológico para o paciente, assim como o momento adequado para tal. Caso não seja favorável, o procedimento deve ser adiado e, se necessário, o paciente deverá ser encaminhado para o serviço de emergência.
- A busca por uma forma de comunicação para estabelecer vínculo e uma relação positiva.
- Atitudes para contornar, com afetividade e segurança, a possível resistência do paciente em sentar-se na cadeira e ao tratamento odontológico.
- O contato com demais profissionais que acompanham o usuário.
- A utilização de técnicas de manejo de comportamento e de estratégias como “dizer, mostrar, fazer”, demonstrando as situações e os equipamentos odontológicos.
- O uso adequado do tom de voz, que deve alternar entre suave, carinhoso e voz de comando, dependendo dos momentos da intervenção.
- A oferta de conforto emocional ou contato físico, como segurar a mão, um abraço, elogiar, distrair com outro assunto, estimular o bom comportamento.
- O cuidado em manter a presença dos cuidadores no consultório durante o atendimento. Os familiares e/ou cuidadores devem ser inseridos na atenção à saúde desses pacientes. Para tanto, é fundamental participarem das consultas e receberem também as orientações para executarem ou auxiliarem os deficientes intelectuais no controle de biofilme.
- A ênfase na promoção da saúde.
- O esforço no sentido de tornar o procedimento odontológico o mais lúdico possível.

- O uso adequado do prontuário, no qual deve constar a evolução do tratamento.
- A contrarreferência para a AB, responsável pelo gerenciamento do cuidado do paciente com necessidades especiais, que deverá agendar consultas frequentes de manutenção, orientação de dieta, higiene bucal e controle de biofilme.

A) CONDUTAS CLÍNICAS

Deficiência intelectual

A maioria desses pacientes constitui uma clientela cujas necessidades podem ser atendidas, em sua maioria, no âmbito da AB, desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas. Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo devem ser encaminhados para o CEO, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral. A necessidade de anestesia geral tem por critério de encaminhamento a condição sistêmica e comportamental do paciente, que, por sua vez, precisará retornar à unidade básica para acompanhamento dos resultados e manutenção da saúde bucal, com envolvimento do responsável/família/cuidador.

Cabe lembrar que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010, financia tratamento odontológico em ambiente hospitalar para pacientes com necessidades especiais ou pessoa com deficiência.

Condutas

- Controlar a dor durante os procedimentos usando o anestésico tópico e injetável adequado.
- Mostrar para o paciente que ele pode controlar a situação, levantando a mão, sinalizando quando desejar parar, mas sem tocar na mão dos profissionais, o que possibilitará a participação e o protagonismo do sujeito no tratamento.
- Em pessoas com deficiência intelectual, a exposição a estímulos odontológicos que causam medo ou ansiedade deve ser realizada de forma gradual. Isto resulta em melhores condições de realização dos procedimentos.
- O tempo de consulta não deve ultrapassar 30 a 50 minutos, respeitando-se o limite de cada pessoa.
- Ao final do atendimento, o “reforço positivo” é uma técnica recomendada e

consiste em gratificar o paciente quando apresenta o comportamento desejado. Pode ser elogio, abraço, aplausos, em um ambiente de felicidade. O brinquedo e o brinde são estímulos reforçadores de comportamento adequado, e podem ser ofertados objetos de uso nos serviços, como uma luva utilizada como “balão” e o sugador, que se transformará em um instrumento para “soprar bolinhas de sabão”.

- Mesmo após a utilização destas técnicas de manejo de comportamento, alguns pacientes com deficiência intelectual grave não respondem de forma positiva. Quando realmente necessária a intervenção odontológica antes da aceitação completa do atendimento por parte do paciente, como nos casos de dor, a restrição de movimentos poderá ser utilizada. É necessário que os familiares e os cuidadores sejam comunicados, aceitem este procedimento e, preferencialmente, participem desta contenção.
- Deve-se avaliar, constantemente, se o nível e a duração do estresse gerado pela contenção estão dentro de limites suportáveis, garantindo e preservando a integridade da capacidade física, emocional e cognitiva do paciente.
- Como instrumentos de contenção, pode-se utilizar faixa com velcro, ataduras, lençóis ou estabilizadores disponíveis no mercado para este fim. O ideal é que seja realizada por um auxiliar bem treinado, que manterá segura a cabeça, e pelos responsáveis pelo paciente, que devem apoiar as pernas e mãos.

Cuidados

- A abertura de boca desses pacientes poderá ser facilitada usando-se uma escova dentária, escovando os dentes, relaxando a musculatura e forçando gradualmente a abertura. Quando aberta o suficiente, deve-se colocar um abridor de boca.
- A escovação dentária em pessoas com deficiência intelectual deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia. O cuidador deverá se posicionar de forma a visualizar a cavidade bucal do paciente e poderá necessitar da ajuda de outra pessoa, que auxiliará na contenção da cabeça. É recomendável que o paciente esteja sentado, com a cabeça apoiada. Um abridor de boca facilitará a manutenção da abertura e o processo de higienização. Usar pouco ou nenhum dentífrico neste momento, a fim de evitar o engasgo ou a aspiração.
- A orientação da higiene bucal pelo profissional deverá levar em conta o conhecimento do cuidador e do paciente, pois não existe técnica ideal. Deve-se adaptar o modo como a higiene bucal é realizada à motricidade e ao nível de entendimento, de modo a obter a remoção do biofilme. Informar que os locais de maior acúmulo de placa são: na margem gengival, entre os dentes e nas superfícies oclusais.

Síndrome de Down

A maioria das pessoas com síndrome de Down pode ser atendida na Atenção Básica. Ao constatar impossibilidade da prestação de assistência neste ponto de atenção, referenciar o paciente para atendimento no CEO.

Pacientes com a síndrome podem apresentar: anodontia, dentes conoides, fusões, giroversão, atraso na erupção, sequência de erupção alterada, maloclusão (Classe III), mordida aberta, bruxismo, queilite angular; ausência do tubérculo de Carabelli, cíngulo menos desenvolvido, maior número total de cúspides dos dentes, língua hipotônica, fissurada e/ou geográfica, alta prevalência de doença periodontal de estabelecimento precoce, com desenvolvimento rápido e generalizado em comparação com indivíduos não sindrômicos.

Condutas

Os pacientes com alterações cardíacas, para os quais esteja indicado o uso de profilaxia antibiótica, deverão realizá-lo uma hora antes da execução de procedimentos invasivos.

Cuidados

- Atentar para maior possibilidade de alterações cardíacas e do aparelho respiratório, leucemia, hipotireoidismo e imunossupressão.
- Para o posicionamento na cadeira odontológica, deve-se ter cuidado na estabilização da cabeça e do tronco do paciente, evitando movimentos bruscos e a flexão ou a extensão excessiva do pescoço devido à maior instabilidade da articulação atlantoaxial.
- Na maioria dos casos, o trabalho é mais bem desenvolvido com uma equipe multidisciplinar.
- Em bebês com síndrome de Down (preferencialmente, antes de completar o 1º ano de vida) que apresentam línguas protrusas, largas, hipotônicas, com diástase e interposição entre os rodetes gengivais, impedindo o vedamento labial, podem ser indicada – em conjunto com o fonoaudiólogo e a equipe multidisciplinar – a utilização de placa palatina de memória (PPM), aparelho que estimula o posicionamento adequado da língua e do lábio superior, desenvolvido por Castillo Morales.

- Atenção especial deve ser dada à maior susceptibilidade às infecções. A prevenção e o tratamento rigoroso da doença periodontal, que é mais agressiva nestes pacientes, são fundamentais para a promoção de saúde e o adequado tratamento odontológico, sendo necessário o agendamento de consultas periódicas e regulares.

Cardiopatias

O termo cardiopatia é uma designação genérica que abrange todas as patologias que acometem o coração. As cardiopatias dividem-se por quatro tipos genéricos: congênitas, das válvulas, do miocárdio e infecciosas (Quadro 42).

Para pacientes com necessidades especiais:

- Na avaliação de pacientes cardiopatas, é preciso conhecer a história clínica, atual e pregressa, a gravidade e o tipo das alterações cardiovasculares e suas complicações, medicações em uso, cirurgias cardíacas, uso de próteses cardíacas, episódios de angina do peito e infarto do miocárdio, comorbidades e cuidados a tomar. Também é fundamental conhecer as medicações em uso, especialmente, anticoagulante.
- Solicitar exames complementares de imagem e laboratoriais, conforme o procedimento a ser realizado (se invasivos: hemograma com as variações quantitativa e qualitativa de hemácias, leucócitos e plaquetas), coagulograma (TP, TTPA e INR), ureia, creatinina, eletrólitos e glicemia de jejum.

Os pacientes controlados devem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Casos mais graves devem ser referenciados para os CEOs ou para a Atenção Especializada Hospitalar.

Condutas

- Aferir a PA, o pulso e o ritmo cardíaco antes do atendimento.
- Contatar previamente o médico cardiologista é recomendável.

- Considerar as condições sistêmicas, o uso de tranquilizante ou sedação complementar e a necessidade de profilaxia antibiótica.
- Evitar sessões longas e dolorosas, estresse e liberação de adrenalina endógena.
- Pacientes com indicação devem ser protegidos por profilaxia antibacteriana.

Caso que tem INDICAÇÃO de receber profilaxia antibiótica:

- Prótese valvar ou material protético usado para reparo de válvula cardíaca.
- Pacientes com transplante cardíaco que desenvolveram valvulopatia.
- Cardiopatia congênita cianótica não tratada, incluindo *shunts* e derivações paliativas.
- Cardiopatia congênita reparada, com defeito residual que inibe a endotelização do sítio da prótese ou das regiões adjacentes.
- Cardiopatia congênita reparada por materiais protéticos, dispositivos colocados cirurgicamente ou intervenção por cateter (primeiros seis meses após os procedimentos de reparação – período de endotelização do material).
- Endocardite infecciosa prévia.

Quadro 42 – Terapia medicamentosa

Nos casos de cardiopatias não controlados, evitar o uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (narcóticos, barbitúricos).

Anestésicos locais:

- Se o procedimento odontológico requerer bloqueio de dor para realização de cirurgias mais complexas ou redução de sangramento local, é indicado o uso de baixas concentrações de vasoconstritor (1:100.000 ou 1:200.000) na maioria dos casos (exceções na tabela a seguir). Utilizar, preferencialmente, o vasoconstritor análogo da vasopressina (máximo de três tubetes).

Continua

Conclusão

Contraindicações absolutas de uso de anestésicos vasoconstritores adrenérgicos associados a anestésicos locais (adaptado Wannmacher et al., 1999):

- Angina instável.
- Infarto do miocárdio (menos de seis meses).
- Cirurgia de revascularização miocárdica (menos de seis meses).
- Acidente vascular cerebral – AVC (menos de seis meses).
- Arritmias refratárias.
- Hipertensão grave não controlada.

Profilaxia antibiótica:

- Deve ser realizada a partir de duas horas antes do procedimento odontológico. O tempo ideal é de 30 a 60 minutos de antecedência. Pode ser administrada até duas horas após o procedimento, mas somente nos casos em que o paciente inadvertidamente deixou de utilizar a medicação antes do procedimento cirúrgico (Wilson et al., 2007).

Casos que devem receber profilaxia antibiótica:

- Prótese valvar ou material protético usado para reparo de válvula cardíaca.
- Pacientes com transplante cardíaco que desenvolveram valvulopatia.
- Cardiopatia congênita cianótica não tratada, incluindo *shunts* e derivações paliativas.
- Cardiopatia congênita reparada, com defeito residual que inibe a endotelização do sítio da prótese ou das regiões adjacentes.
- Cardiopatia congênita reparada por materiais protéticos, dispositivos colocados cirurgicamente ou intervenção por cateter (primeiros seis meses após os procedimentos de reparação – período de endotelização do material).
- Endocardite infecciosa prévia.
- A posologia encontra-se descrita no Anexo A – Posologia da Profilaxia Antibiótica.

Pacientes com medicação anticoagulante:

- Observar resultado do exame hematológico de coagulograma recente. Poderão ser realizados procedimentos invasivos, utilizando-se métodos hemostáticos locais, sem suspensão do anticoagulante, quando a razão normalizada internacional (RNI) estiver entre 1,0 e 3,0.
- Estudos atuais orientam evitar a suspensão de medicações como ácido acetilsalisílico (AAS) ou clopidogrel, sempre que possível.

Fonte: Autoria própria.

Cuidados

- Pacientes cardiopatas devem ter todo e qualquer foco infeccioso bucal eliminado e/ou prevenido.
- Diferenciar a gravidade da cardiopatia.
- Confirmar se o paciente tomou adequadamente os medicamentos de rotina ou profiláticos, bem como se existe a necessidade de suspensão do uso de anticoagulantes.
- Monitorar sinais vitais.
- Planejar o procedimento visando à redução de tempo, estresse e dor.
- Utilizar técnicas para redução de estresse.
- Ter cuidados especiais no que se refere à anestesia com epinefrina ou retratores gengivais.
- Utilizar como vasoconstritor, preferencialmente, a felipressina 0,03 UI (destituída de efeito antidiurético e vasoconstrição coronariana, determinando apenas vasoconstrição local; injetar até 0,04 mg).
- Os pacientes com problemas de circulação nas extremidades devem ser atendidos em intervalos mais curtos e circular pelo consultório em intervalos determinados.
- Lembrar que pacientes com arritmia utilizam medicamentos que influenciam na coagulação.
- O posicionamento na cadeira ou mudanças bruscas nesse posicionamento podem ocasionar problemas como hipotensão ortostática.
- Ao término do atendimento, manter o paciente sentado na cadeira por alguns minutos.
- Os procedimentos odontológicos ficam contraindicados perante os sinais ou sintomas que evidenciam a descompensação da cardiopatia, como: dispneia, taquipneia, ortopneia, dor torácica, palpitações, taquicardia, bradicardia, síncope ou pré-síncope.

Pacientes com história de infarto do miocárdio

- Adiar as consultas eletivas até que se completem seis meses após o infarto, pois o índice de mortalidade nesse período é elevado.

- Atentar para o uso crônico de medicações que alteram a coagulação como: AAS ou varfarina.
- Tradicionalmente, tem-se sugerido a descontinuação do uso do ácido acetilsalisílico, por sete a dez dias, ou da varfarina, por dois a três dias, previamente à realização das cirurgias odontológicas para se prevenir a ocorrência de hemorragias. Contudo, estudos recentes não recomendam a suspensão desses medicamentos, uma vez que o risco de formação de trombos e desenvolvimento de novo infarto ou AVC, nestes pacientes, pode suplantear o risco oferecido por uma possível hemorragia.
- Quando necessária a intervenção e em procedimentos de urgência, seguir as recomendações a seguir (Quadro 43).

Quadro 43 – Infarto do Miocárdio

Intervalo de Tempo	Intervenção Odontológica	Tratamento
< de 6 meses	I e II	Se possível, adiar; consultar médico; esquema normal; reduzir estresse; consultas curtas, monitoramento.
	III a VI	Contraindicado; tratamento paliativo; cirurgia de emergência em hospital.
De 6 meses a 1 ano	I	Esquema normal, reduzir estresse; monitoramento.
	II a VI	Consultar médico; reduzir estresse; técnicas de sedação e monitoramento complementar em hospital; adiar, se possível.
> 1 ano	I	Esquema normal, monitoramento.
	II a IV	Reduzir estresse, técnicas de sedação e monitoramento complementar.
	V a VI	Consultar médico, recomendado hospitalização.

Fonte: Autoria própria.

LEGENDA:

Tipos de intervenção odontológica:

I – Exame clínico, radiografias, instrução de higiene bucal, modelos de estudo.

II – Restaurações simples, profilaxia supragengival, Ortodontia.

- III – Restaurações mais complexas, raspagem, alisamento e polimento radicular (subgengival), Endodontia.
- IV – Extrações simples, curetagem (gingivoplastia).
- V – Extrações múltiplas, cirurgia com retalho ou gengivectomia, extração de dente incluso, apicectomia, colocação de implantes simples.
- VI – Extrações de toda uma arcada ou boca inteira ou cirurgia com retalho, extração de dentes inclusos múltiplos, cirurgia ortognática, colocação de implantes múltiplos.

Insuficiência renal crônica

Na avaliação de pacientes nefropatas, atente para:

- A identificação da causa da insuficiência renal crônica (IRC) e suas repercussões sistêmicas (hipertensão, diabetes, anemia, alterações de coagulação, neuropatia, encefalopatia, imunodeficiência).
- O tipo de tratamento médico atual, se conservador, diálise ou transplante.
- Os tipos de medicamentos utilizados.
- Os tipos de acesso vascular (*shunt*, fístula ou enxerto) e os dias de realização da diálise (se for o caso).

Condutas

- Está indicado cuidado especial por parte do cirurgião-dentista nos casos de insuficiência renal crônica e pacientes transplantados renais. Atentar para o grau de comprometimento renal, suas comorbidades e/ou o tempo de transplante para definir o ponto de atenção da rede onde o paciente deverá ser atendido.
- Considerar as condições sistêmicas e a necessidade de ajuste de doses de medicamentos de acordo com a velocidade de filtração glomerular (VFG), consultando o médico do paciente.
- Após anamnese, verificar as condições sistêmicas, por meio de exames clínicos e laboratoriais, do paciente.
- Diferenciar a gravidade da insuficiência renal.

- Confirmar se o paciente realizou o tratamento e/ou a diálise.
- Monitorar sinais vitais.
- Verificar a necessidade de uso da profilaxia antibiótica nos pacientes com acesso tipo *shunt*, na realização de procedimentos invasivos, por serem mais suscetíveis a infecções intravasculares (Quadro 44).
- Instituir rigoroso controle de placa e educação em saúde em pacientes que utilizam ciclosporina e nifedipina, pois são medicamentos indutores de hiperplasia gengival.
- Se os sinais vitais ou o estado geral de saúde do paciente não estiverem controlados, entrar em contato com o nefrologista.

Quadro 44 – Terapia medicamentosa

- Verificar com o médico a necessidade de ajuste das doses de qualquer medicação prescrita.
- Devem ser evitados os anestésicos com vasoconstritor adrenérgico.
- Evitar o uso de AAS e anti-inflamatórios.
- Evitar o uso de medicações nefrotóxicas.

Fonte: Autoria própria.

Cuidados

- Evitar tratamento em dias de hemodiálise. Pacientes heparinizados só podem submeter-se à cirurgia 24 horas após a hemodiálise.
- Qualquer procedimento odontológico invasivo é precedido da avaliação junto ao médico do paciente e de avaliação quanto à necessidade de profilaxia antibiótica e à capacidade de tolerância ao tratamento odontológico.
- As condições metabólicas da pessoa devem estar sob controle antes do tratamento odontológico.

Alterações de coagulação

As alterações de coagulação ocorrem quando os fatores de coagulação se perdem ou estão danificados e, ainda, quando o número ou a função das plaquetas está debilitada. Podem ser hereditárias ou se desenvolver a partir de alguma doença ou tratamento com determinados medicamentos.

Alterações na coagulação do sangue: congênitas (hemofilia A e B, doença de Von Willebrand) ou adquiridas (doença hepática, anticoagulantes orais, terapia pela heparina, má absorção da vitamina K).

Distúrbios plaquetários: púrpura trombocitopênica imunológica, insuficiência da medula óssea, hiperesplenismo, trombocitopenia – hereditárias, adquiridas ou induzidas por drogas, uremia e alterações mieloproliferativas.

Na avaliação de pacientes com coagulopatias:

- Buscar conhecer o grau e o tipo de doença e/ou alteração de coagulação, assim como suas comorbidades.
- Solicitar exames complementares de imagem e laboratoriais, conforme o procedimento a ser realizado – se invasivos: principalmente o hemograma com variações quantitativas e qualitativa das hemácias, leucócitos e plaquetas, coagulograma (TP, TTPA e INR) e avaliação médica.

Todos os pacientes devem ser avaliados rotineiramente em relação a possíveis distúrbios hemorrágicos. Aqueles com alterações de coagulação comprovadas apresentam alto risco de sangramento na cavidade bucal, principalmente após procedimentos invasivos. A profilaxia e o tratamento dos episódios hemorrágicos nos pacientes com coagulopatias são realizados principalmente com medidas locais, com a reposição dos fatores de coagulação que se encontram ausentes ou diminuídos, vitamina K, entre outros. Atualmente, com técnicas que propiciam melhor hemostasia local, o tratamento odontológico destes pacientes, muitas vezes, pode ser realizado na Atenção Primária/Básica ou Especializada, sem o tratamento de reposição com os fatores de coagulação. Existem atendimentos odontológicos em alguns hemocentros, centros de referência e hospitais para os casos mais graves (Quadro 45).

Condutas

- Sempre que possível, quando alterados os exames laboratoriais, postergar o tratamento odontológico eletivo desses pacientes, encaminhando para avaliação médica.
- Fazer contato com médico hematologista, solicitando avaliação sobre condições sistêmicas e gravidade da alteração de coagulação. Verificar a necessidade de preparo prévio com fatores de coagulação, antifibrinolíticos ou demais esquemas.

- De acordo com o quadro clínico sistêmico e odontológico, discutir com o médico os riscos e o melhor nível de atenção a ser oferecido a este paciente.
- Considerar as condições sociais e de entendimento do paciente para a adesão aos cuidados pós-operatórios.
- Elaborar o plano de tratamento avaliando o tamanho do procedimento e a possibilidade de atenção neste local ou em um nível de maior complexidade.
- Evitar o atendimento prolongado e com múltiplas e complexas intervenções invasivas.
- Realizar os procedimentos odontológicos de acordo com cada técnica, cuidados e materiais para controle de sangramento.

Quadro 45 – Terapia medicamentosa

- Evitar a prescrição de anti-inflamatórios esteroides e não esteroides.
- Como analgésicos, são indicados o paracetamol e a dipirona.
- O AAS é contraindicado.

Medicamentos tópicos para auxílio na coagulação:

Antifibrinolítico (ácido épsilon-amino caproico e o ácido tranexâmico): a solução EV pode ser usada topicamente na cavidade bucal, como bochecho (10 ml da solução durante os cinco minutos antes do procedimento invasivo), ou em gaze embebida com a solução, sob pressão na área sangrante.

O comprimido pode ser macerado e misturado com soro fisiológico ou solução anestésica e colocado em gaze ou mesmo diretamente sobre a ferida cirúrgica.

Ácido tricloroacético 10% (ATA): embebido em pequenas bolinhas de algodão e aplicado em pequenas áreas gengivais sangrantes.

Selante de fibrina (SF): é um agente cirúrgico hemostático derivado do plasma sanguíneo. Também promove melhora da cicatrização local, selamento tecidual e suporte para sutura.

Fonte: Autoria própria.

Cuidados

- Realizar anamnese atentando para os principais sinais e sintomas das coagulopatias, como petéquias, hematomas frequentes, sangramentos por longos períodos após cortes, sangramentos gengivais espontâneos, epistaxis e hematúria.

- Verificar a existência de possíveis doenças ou tratamentos com interferência na coagulação (hepatopatias, alterações renais, tratamentos oncológicos, anticoagulantes, ácido valproico).
- Registrar o tipo de alteração de coagulação, a terapia em uso e a frequência de complicações.
- Solicitar e verificar os exames hematológicos.
- Realizar o contato com o médico hematologista e considerar a necessidade do uso de fatores de coagulação, prescrição de antifibrinolítico, vitamina K, transfusão de concentrado de plaquetas, além dos fatores locais de hemostasia.
- Sempre que possível, postergar o tratamento odontológico eletivo de pacientes com plaquetas inferiores a 50.000 ou com coagulopatias congênitas, encaminhando para controle médico.
- Na ausência do selante de fibrina e/ou outros tratamentos locais, o tratamento de reposição será, possivelmente, mais utilizado.
- Utilizar técnicas anestésicas infiltrativas e interligamentares. Evitar a técnica do bloqueio do tronco alveolar inferior devido à possibilidade de sangramento na região retromolar, com presença de trismo e risco de asfixia. Quando for necessária a anestesia do nervo dentário inferior (DI), deve ser precedida por reposição dos fatores de coagulação.
- Se ocorrer hematoma pós-anestésico, indicar o uso de gelo no local por 20 minutos, com intervalos de 20 minutos de repouso, durante as primeiras 24 horas.
- Raspagem, alisamento e polimento periodontal e procedimentos restauradores devem ser realizados conforme a técnica tradicional; os sangramentos devem ser controlados com compressão de gaze embebida em antifibrinolíticos, como ATA a 10%, cimento cirúrgico e, se necessário, administração de antifibrinolítico via oral. O selante de fibrina pode ser utilizado nos casos que apresentem bolsas periodontais profundas.
- Procedimentos cirúrgicos devem considerar sempre a complexidade com a necessidade de preparo prévio e posteriores do paciente com antifibrinolíticos, esquema de reposição de fatores de coagulação, transfusão de plaquetas ou administração de outras formas de controle de sangramento local e/ou sistêmico, assim como a necessidade de profilaxia antibiótica.
- Observar as condições do local, conhecimento do profissional, materiais e equipamentos para prevenir e evitar possíveis intercorrências.

- As intervenções cirúrgicas odontológicas ósseas, exodontias de dentes inclusos ou outras cirurgias maiores devem ser realizadas com uma plaquetometria mínima de 80.000 plaquetas/mm³ de sangue.
- Cirurgias odontológicas menores podem ser realizadas com uma contagem de plaquetas acima de 50.000/mm³.
- **Níveis inferiores a 50.000 plaquetas/mm³, recomenda-se transfusão de plaquetas.** Alguns protocolos indicam valores inferiores a estes, mas recomenda-se que sejam referenciados à Atenção Especializada Hospitalar ou aos serviços especializados.
- Realizar a sutura com a máxima aproximação das bordas da ferida. Se necessário, aplicar o selante de fibrina e/ou outras substâncias hemostáticas, como coadjuvantes da hemostasia local.
- Conforme a necessidade, utilizar compressão local com gaze/algodão umidificada em agentes hemostáticos locais, já descritos anteriormente.
- Aplicar gelo local e cuidados intensivos no pós-operatório.

Proservação

- Controle e recomendações rigorosas de pós-operatório.
- Se for o caso, proceder à manutenção do uso tópico de antifibrinolítico por, no mínimo, sete dias. A aplicação tópica bucal pode ser recomendada conforme indicado nas medicações.

Controle das hemorragias

- Realizar a limpeza e a identificação da área sangrante.
- Remover o coágulo desorganizado formado.
- Exercer o controle do sangramento, como remoção de sutura e curetagem alveolar ou do tecido de granulação, com posterior tamponamento local, suturar novamente, aplicação do SF, aplicação de outros meios hemostáticos locais, tais como antifibrinolíticos, esponja de colágeno ou fibrina + trombina ou membrana hemostática absorvível, e proteção da região com cimento cirúrgico ou *splints*.
- Consultar o médico responsável (hematologista), visto que, muitas vezes, só o cuidado local não é suficiente para o controle do sangramento.

- Seguir o protocolo proposto *pelo Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes com Coagulopatias Hereditárias* do Ministério da Saúde.
- Realizar acompanhamento no território com consultas frequentes de manutenção para controle de biofilme e atentar para o risco de hemorragia pós-operatória.

Observações

- Atuar dentro de uma estrutura multidisciplinar.
- Procedimentos não invasivos devem ser realizados normalmente.
- Procedimentos com risco de sangramento só devem ser realizados se houver possibilidade de terapia de suporte para o controle de infecções e hemorragias.
- O bom senso, a limitação do profissional e da estrutura do serviço devem ser considerados.
- A prescrição dos fatores de coagulação deve ser feita exclusivamente pelo médico hematologista e, sempre que possível, após discussão do caso com o cirurgião-dentista responsável.
- É importante orientar o paciente e, quando se tratar de criança, o seu responsável quanto aos cuidados locais sob efeito da anestesia.

Na presença de qualquer intercorrência, o médico responsável deve ser comunicado para avaliar a necessidade da reposição do fator de coagulação.

Transplantado de órgãos

Lembre-se de registrar o tipo e o período do transplante, estado geral de saúde e condições gerais, medicações e comorbidades.

Pessoas receptoras de transplante e sob terapia imunossupressora podem apresentar índices elevados de contaminação bucal por bactérias, fungos e vírus, que pode resultar em:

- Cárie.
- Doença periodontal.
- Outras lesões dos tecidos bucais.
- Dificuldade de alimentação por via oral.
- Aumento do risco de disseminação sistêmica de infecções.
- Dor e outros desconfortos.

Assim, os objetivos da assistência odontológica à pessoa que receberá ou recebeu um transplante de órgãos e está/será imunossuprimida devem ser:

- Preservar a saúde bucal.
- Reduzir a contaminação.
- Reforçar a autoestima e os cuidados com o corpo.
- Prevenir infecções sistêmicas ou a distância.
- Evitar desconfortos (dor, halitose etc.).

Nos pacientes em imunossupressão, infecções bucais aparentemente inócuas podem progredir rapidamente para a celulite. Na presença de foco infeccioso ou com potencial para tal, deve-se realizar o planejamento mais radical, como endodontias e extrações dentárias. Devido à propensão para a infecção, são aconselháveis consultas odontológicas frequentes para controle.

Qualquer procedimento odontológico invasivo deverá ser precedido da avaliação junto ao médico do paciente quanto à necessidade de profilaxia antibiótica e à capacidade de tolerância ao tratamento odontológico. Os procedimentos odontológicos deverão ser realizados de acordo com os períodos de transplante e com os cuidados necessários (Quadro 46).

Os analgésicos indicados são: paracetamol e dipirona.

Quadro 46 – Atuação odontológica no paciente transplantado

Condutas
O preparo da boca para evitar qualquer foco de infecção deve ser realizado na AB, instituindo-se, para esses pacientes, consultas frequentes de manutenção, orientação de dieta, controle de biofilme e acompanhamento no território. Atuação pós-transplante Dividida em três fases: Período imediatamente após o transplante (três a seis meses): • No pós-operatório, o transplantado deve ser acompanhado atentamente pela equipe de Odontologia e qualquer infecção deve ser tratada efetivamente. • Reduzir a contaminação via tubos e sondas, orientando a equipe de Enfermagem a realizar a higiene bucal. • Regime de imunossupressão máxima, mais sujeito a infecções oportunistas. • Uso de antifúngicos tópicos, como nistatina. • Realizar avaliação frequente.

Continua

Conclusão

Condutas
• Evitar procedimentos odontológicos invasivos. • Rigoroso controle mecânico e químico de biofilme (clorexidina 0,12%). • Atenção especial deve ser dedicada à maior prevalência a lesões estomatológicas infecciosas e neoplásicas, cujo tratamento deverá ser instituído de acordo com a necessidade. • Tratamento odontológico conservador em casos de infecções, dor e hemorragia. Estabilização do enxerto: O objetivo é a manutenção da saúde bucal. • Evitar o tratamento invasivo e prevenir o aparecimento de novas doenças bucais. • Havendo a necessidade de procedimentos odontológicos, deve-se considerar se a pessoa está utilizando anticoagulantes para prevenir a recorrência de trombose. O manejo odontológico pode necessitar da utilização de agentes antifibrinolíticos, plasma fresco congelado, vitamina K e/ou reposição de plaquetas. • Se necessários procedimentos invasivos, avaliar com médico a necessidade de profilaxia antibiótica. Rejeição crônica ao enxerto: • Importantes sinais e sintomas sistêmicos. Em geral, somente urgências odontológicas devem sofrer intervenções.

Fonte: Autoria própria.

Pacientes oncológicos

Se o paciente é portador de neoplasia maligna, procure conhecer o tipo de neoplasia, a localização do tumor e o tipo de tratamento a ser realizado (cirurgia e/ou radioterapia e/ou quimioterapia), bem como o estado geral de saúde e as condições gerais do paciente.

As principais formas de tratamento de neoplasias malignas são: a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, isoladas ou associadas. Estas modalidades terapêuticas para o câncer têm possibilitado sobrevida prolongada ou mesmo cura às pessoas acometidas por doenças neoplásicas, mas geralmente apresentam repercussões bucais.

Para o acompanhamento dos pacientes oncológicos, deve-se estabelecer estreita comunicação entre a Atenção Primária/Básica, e Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, com o objetivo de manter a saúde bucal por meio de consultas frequentes de manutenção, orientação de dieta, controle de biofilme e acompanhamento.

A avaliação odontológica deve ser realizada na AB previamente ao tratamento quimioterápico, radioterapia na região de cabeça e pescoço, ao transplante de medula óssea, à terapia com anticorpos monoclonais ou bisfosfonatos. Deve-se elaborar o plano de tratamento visando eliminar possíveis focos de infecção bucal, atentando para o período e o tipo de tratamento oncológico realizado.

Verificar a necessidade de profilaxia antibiótica conforme a imunossupressão do paciente e realizar os procedimentos odontológicos de acordo com os períodos do tratamento oncológico (Quadro 47).

Quadro 47 – Tratamento odontológico no paciente oncológico, ou manejo ou condutas odontológicas no paciente oncológico

Condutas
A quimioterapia e a radioterapia não diferenciam as células neoplásicas das células normais (como as da mucosa bucal e as da medula óssea), que se proliferam rapidamente; conseqüentemente, produzem vários efeitos colaterais com possíveis manifestações bucais. Complicações bucais decorrentes da quimioterapia: • Infecções dos tecidos moles – mucosa e glândulas salivares (bacteriana, fúngica, virótica). • Hemorragias. • Hipossalivação. • Alteração de paladar. • Mucosite. Efeitos da radioterapia de cabeça e pescoço: • Cárie de radiação. • Xerostomia. • Alteração de paladar. • Mucosite. • Trismo. • Malformação dentária (infantil). • Neurotoxicidade. • Osteorradionecrose.

Continua

Continuação

Condutas**Recomendações:**

- Instituir procedimentos odontológicos preventivos, incluindo escovação diária com escova macia, creme dental com flúor e uso de fio dental.
- Observar a presença de trombocitopenia e neutropenia. Nesses casos, limitar-se ao tratamento de urgência.
- Na presença de infecções odontogênicas, prescrever antibioticoterapia de amplo espectro, associada aos cuidados locais de higiene bucal.
- Evitar tratamentos invasivos no período de mielossupressão (geralmente 7 a 14 dias após a quimioterapia).
- Quando imperativo, realizar o tratamento uma semana antes ou 21 dias após a quimioterapia na dependência dos resultados da leucometria e da contagem de plaquetas.
- Procedimentos dentários eletivos podem ser realizados quando a contagem de neutrófilos for maior que 1.000 células/mm³ e de plaquetas for maior que 50.000 células/mm³, desde que possam ser acompanhados facilmente.
- Em pacientes com contagem plaquetária inferior a 50.000 células/mm³, deve-se considerar a necessidade de infusão de plaquetas para os procedimentos cirúrgicos. Referenciar para Atenção Especializada Hospitalar ou centros especializados e adiar os procedimentos eletivos.
- Prescrever a profilaxia antibiótica para pacientes com contagem de neutrófilos abaixo de 500 células/mm³ ou com taxa de leucócitos menor que 2.000 células/mm³, para os que utilizam cateter venoso e para os que tomam drogas imunossupressoras há longo tempo.
- Prevenir e tratar as lesões estomatológicas (controlar os efeitos das medicações: xerostomia, mucosite, infecções oportunistas).
- Reajustar próteses removíveis mal adaptadas ou suspender o uso temporariamente.
- O uso de enxaguatórios bucais que contenham álcool é contraindicado.
- A crioterapia tópica pode aliviar os sintomas da mucosite.
- Os anestésicos tópicos podem minimizar a dor temporariamente.
- Os analgésicos sistêmicos, incluindo os opiáceos, narcóticos e os derivados da morfina, estão indicados para aliviar a sintomatologia dolorosa.
- Prescrever antifúngicos, se necessário, nos casos de queilite angular, candidíase.
- Prescrever antivirais, se necessário, nos casos de herpes simples.
- Bochechos com soro fisiológico a 0,9%

Continua

Conclusão

Conduitas
• Bochechos com cloridrato de benzidamida . • Indicar o uso de agentes lubrificantes hidrossolúveis. • Água bicarbonatada – bochechar três a quatro vezes ao dia e cuspir. Bochechos com cloridrato de benzidamida. • Indicar o uso de agentes lubrificantes hidrossolúveis. • Água bicarbonatada – bochechar três a quatro vezes ao dia e cuspir. • Pode-se utilizar a laserterapia de baixa intensidade (coadjuvante no tratamento com ação anti-inflamatória, analgésica e biomoduladora das lesões). • No pós-tratamento oncológico, atentar para o período de imunossupressão, pós-quimioterapia, solicitando exames laboratoriais. • Pacientes que já completaram a quimioterapia com sucesso e foram curados da lesão neoplásica maligna podem ser submetidos a esquemas normais de tratamento odontológico na AB. • Avaliar o estado hematológico conforme o procedimento odontológico a ser realizado. Na dúvida, contatar o médico do paciente. • Esclarecer os pacientes que realizaram a radioterapia na região de cabeça e pescoço quanto ao risco de desenvolvimento da osteonecrose e sobre a importância de realizar controles clínicos odontológicos e de imagem periódicos. O tratamento odontológico invasivo deve ser evitado e os riscos considerados. • Prescrever fluoreto de sódio neutro a 1% para os pacientes que realizaram radioterapia na região de cabeça e pescoço e para os demais tratamentos com alto risco de cárie.
Osteonecrose
• Atenção para a possibilidade do uso de bisfosfonatos (pacientes com mieloma múltiplo, neoplasia de mama, próstata) e radioterapia na região de cabeça e pescoço, devido ao risco de osteonecrose. • Casos de osteonecrose devem ser referenciados para o CEO ou a Atenção Especializada Hospitalar. • O tratamento da osteonecrose não pode ser enquadrado em um protocolo rígido. Cada caso deve ser avaliado quanto à patogênese, na seleção do método terapêutico, como antibioticoterapia, câmara hiperbárica e cirurgia. • O tratamento da osteonecrose depende de sua extensão e baseia-se em uma combinação de medidas conservadoras nas lesões iniciais, até a ressecção cirúrgica seguida de reconstrução, naquelas mais avançadas. A quantidade de tecido ósseo a ser ressecada é uma decisão do cirurgião, que deve levar em conta a vitalidade do osso remanescente. • Deve-se realizar a confirmação histológica da ausência de recorrência tumoral.

Fonte: Autoria própria.

- **Abordagem de pacientes em uso de bisfosfonatos**

Se o paciente faz uso de bisfosfonatos, busque informações sobre o tipo, a via de administração e o tempo de uso, a presença de comorbidades, e avalie a presença de fatores de risco para desenvolvimento de osteonecrose nos maxilares.

Os bisfosfonatos são medicamentos inibidores da atividade osteoclástica utilizados no tratamento de doenças metabólicas do tecido ósseo, que envolvem reabsorção óssea elevada como doença de Paget, metástases ósseas, osteogênese imperfeita, hipercalcemia maligna e osteoporose.

A osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bisfosfonato é caracterizada por uma região de osso exposto necrótico, na área maxilofacial, que persiste por mais de oito semanas sem cicatrizar (após a identificação por um profissional de saúde), em pacientes que utilizam ou utilizaram bisfosfonatos, sem história prévia de radioterapia na região de cabeça e pescoço.

Na AB, durante a anamnese, todos os pacientes devem ser questionados sobre o uso de bisfosfonato. Em caso positivo, é necessário realizar a adequação bucal prévia ao uso e orientar sobre os riscos do desenvolvimento da osteonecrose. Deve-se estabelecer rotina rigorosa para controle clínico periódico daqueles que já estejam em terapia medicamentosa, com consultas frequentes de manutenção, orientação de dieta, controle de biofilme e acompanhamento no território. Os procedimentos odontológicos devem ser realizados de acordo com cada técnica, considerando o período de tratamento com bisfosfonato.

As equipes devem realizar exames criteriosos e monitorar a saúde bucal do paciente, utilizando o recurso da radiografia panorâmica para controle, e considerar sempre as queixas de dores dentárias na região dos maxilares, procurando oferecer o melhor tratamento para cada caso.

Atualmente, os medicamentos que podem causar a osteonecrose são: alendronato de sódio (Fosamax®, oral), etidronato de sódio (Didronel®, oral), ibandronato de sódio (Boniva®, oral e intravenoso), pamidronato de sódio (Aredia®, intravenoso), risedronato de sódio (Actonel®, oral), tiludronato de sódio (Skelid®, oral) e ácido zoledrônico (Zometa®, intravenoso; Aclasta®, intravenoso) (Quadro 48).

Cuidados

- As cirurgias invasivas devem ser evitadas em pacientes que fazem uso dos bisfosfonatos, sempre priorizando os tratamentos preventivos.

- Avaliar sempre o risco/benefício do procedimento odontológico, assim como o momento adequado para realização dele. Na dúvida, optar por tratamentos conservadores e sepultamento radicular.
- O paciente deverá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, alertando-o sobre as complicações pós-operatórias.
- A descontinuação da terapia deve ser discutida com o médico que prescreveu o bisfosfonato ao paciente, pois deve-se considerar os riscos e os benefícios da descontinuação. Destaca-se que a meia-vida dos bisfosfonatos intravenosos é de vários anos. A interrupção da terapia por alguns meses pode ter um efeito mínimo já incorporado na matriz óssea.
- Agendar consultas periódicas para avaliação das condições gerais, higiene, aplicação de flúor, radiografias e adaptação de próteses.

Quadro 48 – Condutas preventivas para pacientes em pré-terapia com bisfosfonato

Condutas
• Realizar controle de higiene bucal para evitar complicações dentárias e infecções. • Remover focos de infecção e fatores traumáticos para a mucosa bucal antes de iniciar o tratamento. • Caso haja necessidade de procedimentos odontológicos invasivos, tais como extrações ou cirurgia periodontal, o início da terapia com bisfosfonato deve ser adiado por um mês para recuperação do paciente e reparo ósseo. Condutas preventivas para pacientes em terapia com bisfosfonato: • Deve-se considerar a via de administração, o tempo de uso do bisfosfonato, a condição bucal do paciente e a presença de comorbidades. • Os pacientes em uso de bifosfonatos por via parenteral parecem ser mais suscetíveis à osteonecrose dos maxilares do que os tratados por via oral. • Presença de comorbidades, como diabetes <i>mellitus</i>, imunossupressão, uso de outras medicações concomitantes, como agentes quimioterápicos e corticosteroides, são fatores de risco e podem influenciar a manifestação bucal. • O profissional deve estar atento ao risco de osteonecrose ao planejar a intervenção. • Realizar a profilaxia e a raspagem periodontal da forma menos traumática possível, com cuidados especiais aos tecidos moles. • Os procedimentos restauradores podem ser feitos conforme a rotina. • Dentes com amplo comprometimento por cárie e envolvimento pulpar devem ser submetidos a tratamento endodôntico e, na impossibilidade de reabilitação coronária, as raízes devem ser sepultadas.

Continua

Continuação

Condutas

- Próteses devem ser reavaliadas para assegurar sua adaptação. É recomendado reembasamento com material macio, para minimizar o trauma dos tecidos e pontos de pressão.
- Prescrever profilaxia antibiótica para os procedimentos odontológicos invasivos.
- Pacientes com suspeita de osteonecrose associada ao uso de bisfosfonatos devem ser acompanhados de perto pelas equipes, pois podem evoluir com ulcerações progressivas e necrose. Esses casos devem ser referenciados para o cirurgião bucomaxilofacial do CEO.

Condutas para pacientes em terapia com bisfosfonato com osteonecrose dos maxilares:

- Devem ser encaminhados para os CEOs ou para a Atenção Especializada Hospitalar.
- Procedimentos não invasivos devem ser realizados normalmente.
- Eliminar arestas agudas de dentes, próteses e restaurações para evitar possíveis traumas nos tecidos moles das áreas de osteonecrose.
- Acompanhar periodicamente o paciente (a cada duas a três semanas), visando avaliar a presença de supuração.
- Na observância de eritema doloroso, supuração e/ou fístula, deve-se prescrever antibióticos até a recuperação.
- É recomendado o uso de bochechos de 15 ml da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia, e com água oxigenada 10 volumes diluída em água, na proporção de 1:1, três a quatro vezes ao dia.
- O principal objetivo do tratamento da osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bisfosfonatos é controlar a infecção, eliminar a dor e minimizar ou eliminar a presença de necrose óssea. Para isso, o tratamento deve ser de acordo com o **estágio clínico** da doença:
 - ✓ **Em risco** (ausência de evidência clínica de osso necrótico): manutenção periódica preventiva.
 - ✓ **Estágio 0** (ausência de evidência clínica de osso necrótico com presença de sintomas e achados clínicos não específicos): manter adequação bucal.

Continua

Conclusão

Condutas

- ✓ **Estágio I** (osso exposto e necrótico em pacientes assintomáticos, sem evidência de infecção): os pacientes devem fazer irrigação com soluções antimicrobianas (clorexidina a 0,12%, por exemplo), diariamente, associada a um controle clínico e radiográfico.
- ✓ **Estágio II** (osso exposto e necrótico associado à infecção com evidência de dor e eritema na região do osso exposto, com ou sem drenagem de conteúdo purulento): prescrever bochechos diários com antimicrobiano, antibiograma e cultura do material colhido na região de osso necrótico e fazer uso de antibiótico, como penicilina, por longo período de tempo. Estágio III (osso exposto e necrótico em pacientes com dor, infecção e uma ou mais das características seguintes: osso exposto e necrótico que se estende para além da região do osso alveolar): realizar debridamentos do osso necrosado, prescrever bochechos diários com antimicrobiano (local) e antibioticoterapia sistêmica.
- Inúmeras abordagens terapêuticas já foram propostas, como uso de colutórios antibióticos tópicos e sistêmicos, oxigênio hiperbárico, laserterapia e cirurgia, mas nenhuma se mostrou verdadeiramente efetiva. Em alguns casos, o tratamento pode promover apenas analgesia e controle da progressão da doença.

Fonte: Autoria própria.

Gestão de alto risco

Para pacientes gestantes, registre o período gestacional e avalie a possibilidade de riscos na gravidez, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante.

Alguns estudos sobre saúde bucal na AB mostram que ainda existe resistência de determinados profissionais em atender gestantes.

A sugestão contida nesta publicação, de atendimento das gestantes de alto risco no CEO, deve-se à alta taxa de mortalidade materna do Brasil e à inserção da Saúde Bucal na Rede Cegonha, para estabelecer diretrizes de atendimento de acordo com a complexidade de cada caso. Assim, toda gestante, independentemente se é de risco ou não, deve ser acompanhada no pré-natal pela equipe da AB, e a integração com a equipe do CEO será fundamental para oferecer o melhor tratamento em tempo oportuno, até o final do período de gravidez, evitando-se intercorrências.

Segundo a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, gestação, parto e puerpério de risco são situações nas quais a mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis.

Em consonância com o *Manual Técnico para Gestação de Alto Risco*, da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em qualquer fase do período gestacional, a grávida poderá ser tratada pelo cirurgião-dentista. Aquelas cuja gravidez tem curso normal, bom prognóstico, e cujo tratamento envolve apenas prevenção, profilaxia e restaurações simples, deverão ser atendidas na AB, pois o tratamento não oferece riscos a ela ou ao bebê. As gestantes com alterações sistêmicas não controladas, que implicam risco maior, deverão ser encaminhadas para o CEO a fim de receber o atendimento necessário e adequado, de acordo com sua fase gestacional. A AB deverá acompanhar esta gestante durante todo o pré-natal.

Transtornos mentais

Se o paciente é portador de transtorno mental, procure conhecer a doença, as histórias de crises, as medicações, o comportamento, as condições de socialização e as internações.

Verifique o estado de saúde do paciente, registrando o uso de antipsicóticos, antidepressivos, demais medicações usualmente indicadas, a possibilidade de medos, visões, alucinações, ansiedade, perda de interesse pelas coisas de que gosta, sentimento de culpa, sofrimentos e afastamento social.

Os transtornos mentais são condições clinicamente significativas, caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento intelectual. Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas (WHO, 2001).

Abordam-se, aqui, os pacientes com transtornos mentais de forma geral (esquizofrenia, transtorno de humor, bipolar, fobias, ansiedade, depressão, transtorno obsessivo compulsivo – TOC).

Pessoas com transtornos mentais encontram dificuldades para o autocuidado em saúde bucal e, geralmente, apresentam:

- Más práticas de higiene oral.
- Maior prevalência de doença periodontal.
- Maior experiência de cárie.
- Maior prevalência de leucoplasia.

Esses pacientes, quando controlados com medicações e sem crises agudas, devem ser atendidos na AB, e a equipe de Saúde Bucal deve estar apta para oferecer este cuidado e contar com o apoio do Nasf, Caps e Caps ad.

É recomendável o trabalho multidisciplinar e o contato com os demais terapeutas.

Cuidados

- Avaliar se existe hipossalivação e o sintoma de xerostomia devido à medicação que o paciente faz uso.
- Na prescrição de medicamentos, deve-se observar a possibilidade de interação medicamentosa com os fármacos já utilizados pelo paciente.

Transtorno do espectro autista (TEA)

Para pacientes portadores de autismo, tente conhecer as características de comportamento e sua rotina.

Avalie as possíveis comorbidades que podem estar associadas, como síndrome de Down, paralisia cerebral, síndrome de Tourett, síndrome de Turner, síndrome de Willians, esclerose tuberosa e deficiência auditiva e visual, fenilcetonúria não tratada e deficiência intelectual, que ocorrem em 80% dos casos.

O conceito de autismo modificou-se desde sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com o qual guarda várias similaridades, como o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. O autismo é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica em que ocorre um transtorno no desenvolvimento, surgindo os sinais e sintomas antes dos 3 anos de idade. Os três principais grupos de características apresentadas pelos indivíduos com este transtorno são: problemas com a linguagem (comprometida e atrasada, ecolalia); problemas na interação social (dificuldade de relacionamento, reação negativa ao toque, pobre contato olho a olho); e problemas no repertório de comportamentos (restrito e repetitivo, como o desejo obsessivo de preservar as coisas e situações), o que inclui alterações nos padrões dos movimentos (esteriotipias gestuais – balançar as mãos).

As pessoas com transtorno do espectro autista podem ser atendidas na AB, porém, ao se constatar impossibilidade da prestação de assistência neste ponto de atenção, deve-se referenciar o usuário para atendimento na Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.

Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.764, para criar a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, desde então reconhecida como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”.

Esses pacientes não apresentam particularidades no tocante à terapia medicamentosa.

Tal como na abordagem para pacientes com transtornos mentais, é recomendável o trabalho multidisciplinar e o contato com os demais terapeutas.

Após a alta, devem ser agendadas consultas periódicas de manutenção, estimulando os cuidadores a desenvolver a higiene oral adequada em casa, por mais difícil que seja, assim como o controle do consumo de açúcar. Caso o atendimento tenha ocorrido no CEO ou em ambiente hospitalar, deve haver a contrarreferência para a AB (Quadro 49).

Cuidados

- Em alguns casos, esses pacientes apresentam comportamento de autoinjúria. Observar a possibilidade de esse comportamento ter como resultado quadros dolorosos ou infecções bucais.
- Orientar os cuidadores para evitar o comportamento de autoinjúria e quanto aos cuidados após anestésias.

Quadro 49 – Recomendações/conduitas

- Geralmente, os autistas têm o hábito de estar constantemente com um objeto (objeto transicional) que auxilia a manter seu equilíbrio emocional.
- Durante a anamnese, deve-se procurar saber se o paciente possui esse hábito e, em caso positivo, orientar o cuidador a trazer o objeto nas consultas.
- Pela dificuldade de interação social, o gerenciamento do comportamento do paciente autista é mais difícil; deve ser iniciado gradualmente e com possibilidade da necessidade de várias consultas para tal.
- É importante a utilização das diversas técnicas de manejo de comportamento, como falar-mostrar-fazer e a comunicação por troca de figuras (*Picture Exchange Communication System* – PECS), adaptadas à Odontologia.
- Em alguns casos de pacientes não colaboradores, podem ser utilizados a restrição física e os abridores de boca.
- O tom de voz deve ser alternado entre suave, carinhoso e voz de comando, dependendo dos momentos da intervenção.

Continua

Conclusão

- Oferecer conforto emocional, evitando o contato físico, mas estimulando, elogiando e sendo efusivo quando terminar o exame ou o procedimento com sucesso, estimulando o bom comportamento.
- Avaliar a possibilidade de dor sem aguardar a reação do paciente, pois nem sempre respondem ao estímulo doloroso, aparentando insensibilidade à dor.
- Evitar o toque e as reações “calorosas” de afetividade, pois apresentam preferência pela solidão e pelos modos arredios.
- Podem ser oferecidos objetos com rotação (cataventos, roda de carrinhos) para distração durante as consultas, pois apreciam a rotação de elementos.
- Caso não seja possível o manejo comportamental, deve ser referenciado para a utilização de sedação ou anestesia geral.
- As condutas e técnicas de manejo de comportamento são as mesmas descritas para as pessoas com deficiência intelectual e, na maioria das vezes, aquelas utilizadas para as crianças normorreativas.
- O ambiente de atendimento deve ser tranquilo, com poucos estímulos sonoros, visuais e olfativos, pois estes indivíduos possuem extrema sensibilidade a estímulos externos, como iluminação e cores fortes, sons e odores.
- Organizar previamente os materiais e instrumentais para o atendimento, a fim de que o tratamento odontológico seja curto e objetivo.
- A comunicação com o paciente deve ser feita por meio de comandos claros e objetivos, com sinceros reforços positivos ou negativos. Evitar usar linguagem figurada ou subjetiva.
- Manter o agendamento, de preferência, no mesmo dia e horário da semana.

Fonte: Autoria própria.

Procedimentos odontológicos sob anestesia geral

Na avaliação de pacientes com necessidade de anestesia geral, siga os mesmos cuidados descritos para pacientes que irão se submeter a cirurgias.

A utilização da anestesia geral está indicada para:

- Cirurgias complexas (dentes retidos), múltiplas necessidades clínicas e/ou cirúrgicas em paciente não colaborativo.
- Atendimento cirúrgicos de urgência (drenagem de abscesso, trauma).

- Viabilizar procedimentos odontológicos em usuários portadores de lesões neurológicas, síndromes e transtornos comportamentais que não permitiram o condicionamento para atendimento em ambulatório.

Deve-se considerar as condições sistêmicas e a extensão das necessidades odontológicas do paciente para submetê-lo à anestesia geral. Em pacientes com doenças sistêmicas graves, há possibilidade de realização do procedimento sob anestesia local associada à sedação pelo médico anestesiológico em bloco cirúrgico, oferecendo melhores condições de segurança de atuação. O caso deverá ser discutido com a equipe médica clínica do paciente e anestesiológico no pré-operatório (Quadro 50).

Quadro 50 – Condutas no pré-operatório

- Realizar exame clínico odontológico.
- Solicitar exames complementares de imagem pré-operatórios (conforme a necessidade do caso).
- Solicitar exames laboratoriais – hemograma com plaquetas (variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas), coagulograma (TP, TTPA e INR), ureia, creatinina, sódio, potássio, glicemia em jejum, EQU.
- Encaminhar para avaliação médica clínica pré-operatória.
- Os pacientes com história de cardiopatia ou idade avançada devem ter os exames do sistema cardiorrespiratórios avaliados – eletrocardiograma (ECG).
- Solicitar a avaliação pré-anestésica. Nesta consulta, será determinado o estado físico do paciente de acordo com a classificação da Sociedade Americana de Anesestesiologistas (ASA).
- Orientar o paciente e seus familiares sobre os procedimentos a serem realizados e os cuidados a serem tomados (jejum pré-operatório de oito horas para sólidos, e seis horas para líquidos), considerando os riscos (plano de tratamento e termo de consentimento livre e esclarecido).
- Preencher todos os campos do laudo para emissão da autorização de internação hospitalar (AIH) e entregar no setor de autorizações do hospital. Caso seja necessário o uso de placas, parafusos, distratores, entre outros, deve-se preencher também o laudo de utilização de órteses, próteses e material especial e entregá-lo no hospital no mesmo setor (conforme rotina do hospital).
- Agendar bloco cirúrgico e anestesiológico.
- Organizar e encaminhar para o bloco cirúrgico o instrumental e o material a serem utilizados.

Fonte: Autoria própria.

Antes de entrar no centro cirúrgico, o CD deve paramentar-se com máscara e óculos de proteção, verificar se o material solicitado para o procedimento encontra-se em sala, conferir se os exames de imagem e laboratoriais do paciente estão disponíveis e se as documentações pré-operatórias encontram-se preenchidas.

Recomenda-se que o profissional esteja acompanhado de outro CD, TSB ou ASB para a realização dos procedimentos, sob anestesia geral.

Deve-se optar por tratamentos menos conservadores, visando reduzir infecções. Na dúvida entre manter ou remover o dente para evitar outras intervenções, o bom senso deve ser considerado.

Sequência de intervenção

- Realizar a lavagem e a escovação das mãos (PVPI, clorexidina).
- Na sala operatória, o profissional deve colocar avental estéril e luvas.
- Revisar a mesa operatória.
- Realizar a antisepsia do campo operatório extra e intrabucal (PVPI, clorexidina aquosos).
- Colocar os campos cirúrgicos.
- Realizar o tamponamento orofaríngeo com gaze.
- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos odontológicos de acordo com cada técnica e necessidades do paciente, como descrito a seguir:
 - ✓ Iniciar pelas restaurações dentárias.
 - ✓ Tratamento periodontal com raspagem, alisamento, polimento.
 - ✓ Posteriormente, exodontias e demais procedimentos cirúrgicos.
 - ✓ Aplicação tópica de flúor.
- De acordo com a literatura, os procedimentos não invasivos são os primeiros a ser realizados, visando evitar a presença de sangramento para tratamento restaurador e determinar a possibilidade de restauração do dente ou a remoção cirúrgica dele, no caso de comprometimento endodôntico. No entanto, na maioria das vezes, estes procedimentos requerem a manipulação de materiais não estéreis (pasta profilática, resinas, adesivos, CIV). Para isso, deve-se realizar novamente a antisepsia do campo operatório, troca dos campos cirúrgicos e das luvas da equipe para a posterior realização dos procedimentos cirúrgicos, agregando maior valor ao tratamento.
- Finalizados os procedimentos, avaliar a cavidade bucal e lavá-la com soro ou água destilada.

ATENÇÃO: remover a gaze do tamponamento orofaríngeo e revisar a presença de materiais na cavidade bucal (gaze, algodão, resíduo dentário e de materiais restauradores).

- Remover avental estéril e luvas cirúrgicas.

- Preencher os documentos: prescrição pós-operatória (antibioticoterapia, analgésico, higiene bucal, dieta e retorno ambulatorial pós-operatório), relatório cirúrgico, anatomopatológico (AP), se necessário, conforme rotina do hospital. Ter cautela na prescrição de medicamentos que possam ter interação medicamentosa com os fármacos já utilizados pelo paciente.
- Acompanhar o paciente até a sala de recuperação.
- Conversar com os familiares sobre os procedimentos que foram realizados, o estado do paciente, e entregar por escrito as prescrições medicamentosas, os cuidados e o retorno pós-procedimento ambulatorial (individualizado, conforme o caso).

6.2.2.8 Prótese dentária

Conforme destacado no item 6.1.2.3.6, em que foram citados os passos realizados em cada consulta para cada tipo de prótese, pelo fato de as próteses poderem ser realizadas na UBS ou no CEO, de acordo com a organização do município, o protocolo clínico para confecção dos diferentes tipos de próteses dentárias está apresentado a seguir.

A) PROTOCOLO CLÍNICO DE PRÓTESE TOTAL (PT)

Pacientes que apresentam hiperplasias, cistos ósseos, raízes residuais, dentes inclusos e lesões crônicas nos tecidos intrabuciais não devem ser moldados para confecção de prótese total sem antes receberem o tratamento cirúrgico adequado.

- **Consulta 1:** moldagem anatômica (para confecção de moldeira individual)
 - ✓ Avaliação clínica e, quando necessário, avaliação radiográfica do rebordo, selecionar a moldeira e realizar moldagem dupla.
 - ✓ Primeira moldagem superior e/ou inferior: a moldeira carregada com alginato é posicionada na boca, recobrimdo as tuberosidades do maxilar, e a tomada de impressão inicial é realizada. Poderá ser necessário acrescentar cera utilidade nas bordas da moldeira para melhor adaptação. Deve-se tomar o cuidado de evitar o aprisionamento de ar, formando bolhas na região de fundo de sulco.

Laboratório 1

- ✓ Confeção de moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável.
- **Consulta 2:** moldagem funcional (para confecção de base de dentadura e rolete de cera)

Avaliação do ajuste da moldeira individual (estabilidade e sem sobreextensão):

- ✓ Realizar os ajustes com o auxílio de pedra montada para resina ou fresa metálica, desgastando-se as áreas ou os pontos de interferência, obtendo-se uma borda arredondada e lisa. Esta borda deve ficar posicionada cerca de 2 mm abaixo do fundo de sulco. Este procedimento cria espaço para a aplicação da godiva em bastão, que proporciona leve pressão na região, melhorando o vedamento.

Moldagem funcional superior e/ou inferior:

- ✓ A modelagem do fundo de sulco será realizada plastificando-se a godiva em bastão e aplicando-a sobre as bordas da moldeira de acrílico. Este procedimento pode ser feito em partes ou sobre toda a borda. Após a aplicação da godiva, deve-se plastificá-la em água quente, levar a moldeira à boca do paciente, centralizando-a e posicionando-a, para, em seguida, tracionar a bochecha e os lábios, de maneira firme e uniforme, possibilitando o registro do fundo de sulco na godiva. A godiva posicionada na região posterior da moldeira será modelada solicitando ao paciente que reproduza o som da letra “A” continuamente. Essa manobra fará o palato mole vibrar, imprimindo esta região na godiva.
- ✓ Moldagem do rebordo com pasta zincoenólica: ao término da espatulação, a pasta deve estar uniforme. Aplicá-la no interior da moldeira e levar à boca do paciente. Após centralizar a moldeira, faz-se pressão firme e constante de forma que o material se espalhe sobre o rebordo e, principalmente, no fundo de sulco. Para evitar a formação de bolhas no fundo de sulco, deve-se afastar a bochecha e o lábio do paciente e, ao mesmo tempo, manter a pressão. Um minuto após esta manobra, a pasta zincoenólica apresentará maior consistência, possibilitando que, por meio do tracionamento da bochecha e dos lábios, possa ser possível a impressão no molde do formato do fundo de sulco, dos freios e das bridas. A remoção do molde do interior da boca deve ser feita somente dois minutos após a

constatação de que ocorreu o endurecimento da pasta zincoenólica, aplicando um jato de ar entre a borda e a gengiva. Desta forma, rompe-se o vácuo entre os tecidos bucais e o material de moldagem, evitando que ocorra algum dano nele.

- ✓ Lavar o molde com *spray* de ar e água. Este procedimento elimina 90% das bactérias que atuam na contaminação cruzada. Para a desinfecção, borrifar com hipoclorito de sódio a 1% e deixá-lo por 10 minutos em um recipiente fechado.

Laboratório 2: confecção de base de dentadura e rolete de cera

- ✓ Antes do vazamento do modelo, deve-se preparar a dicagem ou o encaixotamento para preservar o selamento periférico obtido. Para que o gesso cubra adequadamente esta região, deve-se acrescentar uma camada de cera onde se reproduz o fundo de sulco e o selamento posterior. Outra recomendação é utilizar o gesso especial ou tipo IV, que melhora a qualidade da acrilização devido à reprodução mais adequada e a maior resistência do modelo.
- ✓ Obs.: vazamento: após 30 minutos.
- **Consulta 3:** registro das relações maxilomandibulares e das linhas do plano de orientação superior

Registro intermaxilar:

- ✓ Ajuste da parte posterior da placa base superior: os roletes devem ficar paralelos ao plano de Camper (uso régua de Fox) e, se necessário, acrescentar ou retirar cera. Deve-se avaliar o suporte do lábio, do corredor bucal e dos demais ajustes estéticos.

Ajuste do plano de orientação superior:

- ✓ Altura incisal: recortar o rolete de cera 2 mm abaixo da borda do lábio, em repouso.
- ✓ Suporte labial: posicionar o plano de orientação e solicitar que o paciente feche a boca. Com um espelho, o paciente pode avaliar se o rolete de cera apresenta volume capaz de dar sustentação à região superior do lábio.
- ✓ Linha média: deve ser registrada com um fio dental no centro da face, de modo que se faça a divisão do lábio em duas partes, para posicionar as hemiarcadas de forma harmônica.

- ✓ Linha do sorriso, face vestibular do plano de orientação e linha de caninos: são obtidas solicitando ao paciente que levante, o máximo possível, o lábio superior com um sorriso forçado ou qualquer outra expressão facial, para identificar a posição do colo do dente, de modo a não expor a base de resina. Para obtenção da face vestibular do plano de orientação, verificar se há espaço entre a face vestibular dos dentes posteriores e a bochecha. Marcar a linha dos caninos dos dois lados da arcada, acompanhando a borda externa do nariz ou a linha interpupilar.
- ✓ Inclinação do plano oclusal: com uma régua de Fox, deve-se registrar a inclinação do rolete de cera na região posterior, que determina a inclinação do plano oclusal e deve ser paralela ao plano de Camper, delimitado pela régua posicionada numa linha imaginária que vai da borda superior do trágus à borda inferior da asa do nariz.
- ✓ Inclinação da região anterior: esta mesma régua determina a inclinação na região anterior e deve ser paralela ao plano determinado pela linha interpupilar.
- ✓ Montagem do modelo da maxila no articulador semiajustável: fixado o modelo da maxila, remove-se o arco facial e a placa base do articulador. A placa base é levada à boca novamente.

Ajuste do plano de orientação inferior:

- ✓ Deve-se determinar a posição da mandíbula tanto no sentido vertical, quando se registra a dimensão vertical de oclusão (DVO), quanto no sentido horizontal, quando se registra a relação cêntrica (RC).
- ✓ Sugere-se a combinação dos métodos a seguir para melhorar a qualidade do registro.
- ✓ Método métrico: para registrar a dimensão vertical de repouso (DVR), posicionar a haste superior do compasso de Willis no canto externo do olho e a haste móvel na comissura labial. Diminuir esta medida em 3 mm ou 4 mm para obtenção da DVO. Para registrar a DVO nos planos de orientação, deve-se ajustar o plano inferior ao plano superior, desgastando ou acrescentando cera ao rolete de cera inferior, sem alterar as relações estéticas registradas no plano superior.
- ✓ Registro da posição horizontal mandibular:

- ✓ Método da manipulação: deve ser usado com cuidado, principalmente naqueles que demonstrem flacidez acentuada da articulação temporomandibular (ATM). Solicitar ao paciente que engula a saliva enquanto se manipula gentilmente a mandíbula para a posição de RC. Deve-se observar o posicionamento do plano de orientação inferior, pois geralmente este rebordo se encontra bastante reabsorvido, interferindo na estabilidade.
- ✓ Fixação planos superior e inferior e registro do tipo de dentes: após os ajustes do plano de orientação inferior em RC e DVO, deve-se fixar o plano superior ao inferior. Removem-se os planos de orientação da boca do paciente e registra-se a escolha da cor, da forma e do tamanho dos dentes artificiais, que deve ser feita em comum acordo com o paciente.

Laboratório 3

- ✓ Montagem dos dentes.
- **Consulta 4:** prova dos dentes
 - ✓ Avaliação do profissional: com a base de prova disposta na boca do paciente, deve-se avaliar a DVO, posicionando o compasso de Willis com a medida registrada na sessão anterior. Se a altura coincidir com a medida registrada na sessão de obtenção da DVO e RC, realizar os testes fonéticos, solicitando-lhe que fale algumas palavras e verificando as possíveis mudanças na tonalidade da voz. Deve-se observar também o alinhamento oclusal dos dentes superiores e inferiores, quando for o caso. Nesse momento, pode-se realizar o primeiro ajuste oclusal, que só deverá ser finalizado após a instalação da prótese. Ainda com os dentes ocluídos, solicitar ao paciente que dê um sorriso forçado para forçar o lábio superior a expor os dentes e verificar se a linha do sorriso está satisfatoriamente estabelecida. Deve-se avaliar a linha média, o corredor bucal e a harmonia do posicionamento dentário.
 - ✓ Avaliação do paciente: a pessoa deve avaliar a estética e o posicionamento dos dentes, da forma e da cor escolhidas. Com um espelho, solicitar que avalie sua aparência. Se possível, solicitar também a avaliação do acompanhante. Deve-se ter atenção especial com pacientes muito passivos, que necessitam ser encorajados a se manifestar.

Laboratório 4

- ✓ Acrilização.
- **Consulta 5:** entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene
 - ✓ Informar o paciente que esta etapa não significa o término do trabalho. Os ajustes realizados no dia da instalação da prótese não eliminarão a necessidade de ajustes adicionais. A mastigação, a deglutição e a fonação não podem ser avaliadas adequadamente neste momento, sendo necessário que o paciente submeta a prótese a todos os eventos a que estará sujeito no dia a dia. Dessa forma, desconfortos que não estão evidentes podem se transformar em ulcerações no tecido gengival. Isto ocorre principalmente na prótese inferior, que naturalmente apresenta mobilidade, podendo provocar ulcerações na gengiva que recobre o rebordo inferior.
 - ✓ Ajuste na oclusão: conceitos de oclusão normal devem ser incorporados. No entanto, independentemente do padrão oclusal estabelecido, deve-se avaliar se houve alguma modificação na posição dos dentes decorrente do processo de prensagem e acrilização. Caso a oclusão apresente interferências, estas devem ser removidas, pois podem sobrecarregar a região, provocando ulcerações.
 - ✓ Ajuste da sobreextensão da base da prótese. A sobreextensão deve ser avaliada para evitar deslocamentos da prótese. Uma borda posicionada sobre uma inserção muscular ajuda no deslocamento principalmente durante a fala. Se uma prótese apresenta retenção satisfatória nos testes funcionais e o paciente reclama de deslocamento durante as atividades funcionais, provavelmente a borda está posicionada sobre uma inserção muscular, que, uma vez ativada, promove o deslocamento. Geralmente, estes casos são facilmente resolvidos, ajustando-se a sobreextensão da borda envolvida.
 - ✓ Ajuste fonético: os dentes anteriores auxiliam na formação de várias sílabas. O posicionamento desses dentes não pode ser reproduzido em sua plenitude. Esta situação exige uma adaptação do paciente que, geralmente, ocorre em poucos dias. Estes ajustes, se necessários, devem ser feitos na sessão seguinte à instalação da prótese. Em caso de grande dificuldade para a formação das sílabas, deve-se proceder a um ajuste principalmente na espessura do palato da prótese ou checando se houve grande alteração da DVO.

- ✓ Orientações de higiene: a higienização das próteses deve ser realizada com escova adequada, que alcance as partes internas do dispositivo. Existem escovas específicas para limpeza de prótese; no entanto, podem ser higienizadas com escovas de dente convencionais, utilizando de preferência sabão ou detergente neutro, uma vez que os cremes dentais são mais abrasivos e podem, com o tempo, desgastar as próteses.
- **Consulta 6:** controle e ajuste posterior à instalação
 - ✓ A consulta para o ajuste da prótese é de extrema importância para o sucesso do tratamento e deve ser prevista na agenda do profissional. Não é possível identificar previamente interferências que ocorrerão durante a fonação, a deglutição e a mastigação. Tais interferências poderão levar o paciente a abandonar o uso da prótese e retornar para a fila de espera. Geralmente, os ajustes nessa consulta não levam mais do que dez minutos e poderiam ser programados após o atendimento dos pacientes agendados.
 - ✓ Os ajustes mais comuns são realizados na prótese inferior. A redução de bordas sobrestendidas ou a correção de contatos oclusais inadequados geralmente solucionam a maioria dos problemas. As próteses superiores, quando apresentam problemas, seguem o mesmo padrão das próteses inferiores. Reservar 30 minutos do dia para estes procedimentos pode evitar muitos transtornos na organização do atendimento. Nesse tempo, geralmente, é possível atender todos os pacientes da consulta de ajuste. Deve-se observar que esses pacientes, quando não conseguem solucionar seus problemas, comprometem a avaliação do trabalho oferecido.
 - ✓ Reembasamento: pode ser necessário em alguns casos e pode favorecer o resultado final. Um alívio na superfície interna da prótese permite criar espaço para a colocação do material de moldagem. A moldagem deve seguir os passos da moldagem funcional e deve ser realizada com o paciente mantendo a oclusão durante a presa do material. Após os procedimentos de descontaminação, deve-se enviar ao laboratório para proceder-se a uma nova acrilização da camada interna da prótese.

- **Observações:**

- ✓ A literatura descreve as técnicas de moldagem com godiva em bastão e pasta zincoenólica e a técnica de moldagem com elastômero. Optou-se por descrever a primeira, mas a decisão do tipo de material utilizado está relacionada à capacidade do serviço e à capacitação dos profissionais.
- ✓ A montagem em articulador semiajustável tem sido motivo de controvérsia na literatura. O principal ponto de discórdia diz respeito à necessidade de se montar o arco facial ou não. Esse procedimento deve ficar condicionado à habilidade e à preferência do profissional.
- ✓ Ao se registrar os parâmetros estéticos, deve-se considerar as preferências do paciente.
- ✓ A literatura descreve várias maneiras de registrar a DVO. A forma que utiliza o compasso de Willis tem sido uma das mais utilizadas, mas recomenda-se, quando possível, agregar outros métodos, tais como o fisiológico, o estético ou o fonético. Todos apresentam resultados clínicos satisfatórios e podem ser utilizados de acordo com a preferência do profissional. Neste momento, deve-se observar que a DVO altera a proporção facial, alterando a estética do paciente na região anterior. Essa mudança deve ser discutida com ele e deve ser realizada somente com sua autorização. Esse fato pode determinar qual método será utilizado quando se deseja manter a estética facial na região anterior.
- ✓ O registro da posição horizontal mandibular também apresenta diversos métodos relatados na literatura: método da manipulação, fisiológico, mecânico e gráfico. Para a escolha do mais adequado, deve-se levar em consideração algumas características do paciente. A idade avançada pode levar a uma alteração da ATM que poderá alterar as condições de registro da RC.
- ✓ O tipo de padrão oclusal estabelecido tem sido motivo de controvérsia. A oclusão balanceada bilateral, apesar de ser uma escolha tradicional, tem sido questionada quanto à sua eficiência.

B) PROTOCOLO CLÍNICO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR)

- **Consulta 1:** moldagem inicial – modelo de estudo

- ✓ Avaliação das condições do paciente, seleção da moldeira e moldagem de estudo, diagnóstico e planejamento.
 - ✓ Após a seleção da moldeira e a manipulação do alginato, realiza-se a moldagem das arcadas. Os moldes devem ser vazados com gesso pedra. Os modelos obtidos devem ser usados para complementar o diagnóstico e planejamento do caso clínico. Nesta etapa, é necessário confirmar as condições de indicação da PPR.
- **Laboratório 1:** delineamento do modelo de estudo
 - ✓ Caso a UBS ou o CEO possua aparelho delineador, este deverá ser usado para auxiliar o planejamento e a confecção dos nichos sobre os dentes pilares. Quando a unidade não possuir o aparelho, é aconselhável que o delineamento seja realizado em conjunto com o técnico de laboratório. O delineamento possibilita avaliar as áreas retentivas dos dentes pilares, a quantidade de retenção que cada pilar oferece e a necessidade de preparos pré-protéticos. Estas condições podem alterar o planejamento e devem ser estabelecidas previamente.
 - **Consulta 2:** confecção de nichos e moldagem do modelo de trabalho
 - ✓ Molares: são confeccionados na superfície oclusal, geralmente na crista marginal mesial ou distal. Devem apresentar forma triangular e base plana ou côncava. A profundidade ideal do nicho deve ser de 1,5 mm para que o apoio apresente espessura suficiente para resistir aos esforços mastigatórios.
 - ✓ Pré-molares: são semelhantes aos nichos confeccionados nos molares. No entanto, apresentam volume menor e devem ser confeccionados com mais cuidado devido à menor estrutura dentária, evitando-se desgaste excessivo.
 - ✓ Incisivos e caninos: o nicho em forma de “V” invertido é o mais recomendado e deve ser confeccionado na região do cingulo. Esta região geralmente apresenta maior volume de esmalte e, portanto, é mais apropriada para receber o desgaste da confecção do nicho. Caninos inferiores e incisivos devem ser avaliados quanto à necessidade de aumento do volume do cingulo, para que o preparo não exponha excessivamente a dentina. Este aumento pode ser feito com resina composta e, geralmente, não exige desgaste do esmalte.

- ✓ Confecção do nicho: asperização da superfície de esmalte com ponta diamantada nº 3.118; condicionamento ácido e aplicação do adesivo; fotopolimerização e aplicação da resina em pequenos incrementos na região do cingulo. O aumento do cingulo deve ser o suficiente para alojar o apoio.
 - ✓ Incisivos inferiores: os nichos nas incisais desses dentes geralmente apresentam estética desfavorável e são rejeitados pelo paciente; portanto, devem ser confeccionados somente após o seu consentimento.
 - ✓ O rebordo residual na região que não apresenta dente pilar posterior participará ativamente na transmissão da força mastigatória e deve receber moldagem anatômica e funcional.
 - ✓ Moldagem anatômica do extremo livre: a região desdentada posterior deve ser marcada na moldeira e preenchida com godiva plastificada. A moldeira é levada à boca para que a godiva molde a região do extremo livre. Após o endurecimento da godiva, o molde é removido e os excessos que ultrapassaram os limites do rebordo também. O alginato deve ser preparado de acordo com as especificações do fabricante e colocado na moldeira previamente personalizada com godiva. Uma camada de alginato deve ser pressionada contra os nichos para evitar a formação de bolhas nesta região. O molde assim obtido deve ser borrifado com hipoclorito de sódio a 1% e mantido em repouso por 10 minutos.
 - ✓ O molde deve ser vazado com gesso especial tipo IV e enviado ao LRPD para a confecção da armação metálica.
 - ✓ Deve-se recomendar ao técnico de prótese dentária que, em caso de extremo livre, a armação metálica tenha base de prova em resina acrílica e plano de cera. Este procedimento evita nova consulta para registro intermaxilar.
- **Laboratório 2**
 - ✓ Confecção da armação metálica e da base de resina em casos de extremo livre.
 - **Consulta 3:** prova da armação metálica
 - ✓ A armação metálica deve assentar completamente nos nichos confeccionados para receber os apoios.

- ✓ Alguns motivos que podem provocar incorreções na armação metálica: distorção do modelo ou do molde, defeito no processo de fundição, o que é mais comum, delineamento incorreto com o posicionamento de regiões rígidas da armação metálica em áreas retentivas do dente pilar. Estas regiões não apresentam flexibilidade e não permitem o correto assentamento da armação. Caso isso ocorra, a armação deve ser repetida e, para isso, nova moldagem deve ser executada.
 - ✓ Após o assentamento da armação metálica, deve-se checar o relacionamento oclusal e se há algum ponto de interferência com os dentes antagonistas. O ajuste, caso necessário, deve ser feito por desgaste da armação. Destaca-se que esse desgaste poderá fragilizar a peça e, caso isso aconteça, deverá ser refeita.
 - ✓ O registro intermaxilar dependerá do número e da posição dos dentes remanescentes e do tipo de relação oclusal desejada. Em casos mais simples, pode-se realizar o registro em máxima intercuspidação habitual com cera ou silicone. Em casos mais complexos, a necessidade de registro em posição de relação cêntrica exigirá a montagem em articulador semiajustável.
 - ✓ Escolha da cor dos dentes: a escala de cor deve ser a mesma utilizada pelo fabricante dos dentes artificiais que serão incluídos na prótese. A armação metálica e os registros no plano de orientação superior devem ser enviados com as demais informações sobre a montagem dos dentes.
- **Laboratório 3**
 - ✓ Montagem dos dentes.
 - **Consulta 4:** prova dos dentes e moldagem funcional em casos de extremo livre
 - ✓ Avaliação do profissional: avaliar as referências estabelecidas no plano de orientação durante a fase anterior, tais como posição intermaxilar, alinhamento e contato entre dentes artificiais e dentes naturais, suporte labial, linha média e linha do sorriso, cor, forma e tamanho dos dentes escolhidos.
 - ✓ Avaliação do paciente: é fundamental estimulá-lo a avaliar a condição estética da PPR.

- ✓ Moldagem funcional do extremo livre: esta moldagem pode ser feita em dois momentos, a depender do profissional: durante a fase de registro intermaxilar ou de prova dos dentes. O procedimento aqui descrito será da moldagem durante a fase de prova dos dentes.
 - ✓ Após a prova dos dentes artificiais: a base de prova deve ter sido confeccionada em resina acrílica. Plastifica-se a godiva em bastão e coloca-se nas bordas da base de prova. Com a godiva ainda na fase plástica, leva-se à boca do paciente até que a PPR se assente completamente na arcada. Após o assentamento, pede-se para o paciente ocluir e traciona-se a bochecha para imprimir o contorno do fundo de sulco. Para que se consiga o mesmo efeito com o assoalho da boca, pede-se a ele que movimente a língua para fora da boca e para os lados. Esse procedimento permite o selamento da base de resina na região do rebordo.
 - ✓ Moldagem final: deve ser feita utilizando-se pasta zincoenólica ou elastômero. Caso se utilize elastômero, deve-se pincelar a base de resina com o adesivo recomendado pelo fabricante. A impressão deve ser obtida repetindo-se os procedimentos executados para a impressão da godiva em bastão, descrita no item anterior.
 - ✓ Enviar o molde ao laboratório, observando os tempos corretos para evitar distorções na moldagem.
- **Laboratório 4**
 - ✓ Acrilização.
 - **Consulta 5:** entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene
 - ✓ Entrega: verificar o assentamento da PPR, pois o processo de acrilização da sela pode interferir com o assentamento correto. Observar a ocorrência de regiões com isquemia, que mostram o local do excesso de material.
 - ✓ Ajuste oclusal: deve ser realizado após a instalação da PPR. Lembrar que o processo de acrilização provoca distorções no posicionamento dos dentes artificiais. O ajuste deve se iniciar na posição mandibular estipulada durante o planejamento (relação de oclusão cêntrica – ROC, ou máxima intercuspidação habitual – MIH). Conseguindo o correto equilíbrio na posição escolhida, completa-se o ajuste nos movimentos de lateralidade e protrusão.

- ✓ Orientações de uso e higiene: verificar o item “Consulta 5: entrega, ajuste final e orientações de uso e higiene”, na página 274.

- **Consulta 6**

- ✓ Controle e ajuste posterior à instalação.
- ✓ Semelhante ao recomendado para as próteses totais, na página 275

- **Observações**

- ✓ O conceito do arco dental reduzido define que a adequada função mastigatória pode ser estabelecida sem a presença dos dentes molares, desde que todos os dentes pré-molares estejam presentes e posicionados como quatro unidades oclusais. A decisão sobre a manutenção da função mastigatória com arco reduzido sem confecção da PPR deve ser do paciente após os devidos esclarecimentos. Vale lembrar que o plano de tratamento tem como objetivos a recuperação da função e a prevenção de maiores danos, além da recuperação da estética. Assim, a decisão final sobre a execução do tratamento reabilitador deve ser do paciente, após devidamente esclarecido.
- ✓ Espaços protéticos muito extensos ou com os dentes mal distribuídos podem receber PPR desde que o paciente esteja esclarecido sobre o prognóstico, que poderá ser desfavorável.
- ✓ Há casos em que a confecção de uma PPR provisória pode ser uma alternativa. Deve-se enfatizar a condição provisória desta prótese e os efeitos sobre os tecidos remanescentes.
- ✓ O planejamento da PPR, incluindo dentes remanescentes com perda do suporte ósseo, deverá incluir grampos que mantenham a sustentação e possibilitem a inclusão de dentes artificiais para suprir a perda dos dentes naturais.
- ✓ Os pacientes devem ser orientados sobre a higiene correta das próteses e dos dentes remanescentes. Aqueles que apresentarem dificuldades para realizá-la deverão ser agendados para grupos de educação em saúde e escovação dental supervisionada.
- ✓ A montagem em articulador semiajustável tem sido motivo de controvérsia na literatura. O principal ponto de discórdia diz respeito à necessidade de se montar o arco facial ou não. Este procedimento deve ficar condicionado à habilidade e à preferência do profissional.

C) PROTOCOLO CLÍNICO DE PRÓTESE PARCIAL FIXA (PPF)

A sequência de procedimentos descrita a seguir é uma sugestão para a organização dos procedimentos clínicos e depende das características do caso clínico.

- **Consulta 1:** moldagem para confecção de modelo de estudo e planejamento diagnóstico

A moldagem das duas arcadas deve ser executada com alginato. O molde obtido deve ser borrifado com hipoclorito de sódio a 1% e mantido em repouso por 10 minutos. Após esse período, deve ser vazado com gesso pedra e enviado ao LRPD para a confecção da prótese provisória, quando necessário.

- **Laboratório 1**
 - ✓ Confecção de coroa ou PPF provisória.
- **Consulta 2:** preparo, adaptação e instalação da coroa provisória
 - ✓ Existem muitas técnicas de preparo do dente pilar. O profissional deve utilizar aquela com a qual esteja acostumado e que seja mais adequada para o caso.
 - ✓ O dente pilar deve apresentar espaço suficiente para acomodar o material restaurador.
 - ✓ O preparo subgingival deve ser feito somente em áreas estéticas, uma vez que ele dificulta os procedimentos de moldagem. Idealmente, a profundidade recomendada é de 0,5 mm, podendo chegar até 1,0 mm em casos excepcionais. Quando o elemento dentário estiver além desse limite, deve ser planejada a recuperação cirúrgica da distância biológica (Figura 18).

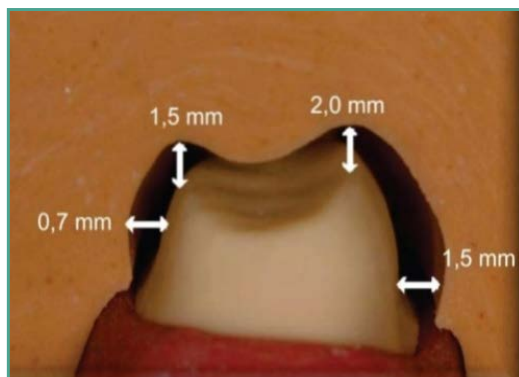


Figura 18 – Limites dos desgastes do preparo do dente pilar

Fonte: Autoria própria.

- ✓ A confecção da coroa provisória é o procedimento mais importante. A peça deverá ser ajustada e perfeitamente adaptada ao preparo, evitando-se, dessa forma, comprometer os procedimentos seguintes. A adaptação da coroa provisória ao término cervical é fundamental e não deve ser realizada na consulta seguinte, para evitar comprometer a integridade da gengiva marginal. Sem saúde gengival, não é possível realizar moldagem adequada.
 - ✓ Existem várias técnicas de confecção de coroas provisórias, e alguns aspectos devem ser observados:
 - Devem apresentar-se esteticamente aceitáveis.
 - O perfil de emergência é tão importante quanto a adaptação ao término cervical. Caso ocorra sobrecontorno, a gengiva marginal desenvolverá inflamação, comprometendo a moldagem do dente pilar.
 - ✓ A oclusão da coroa provisória é outro ponto importante. Deve ser ajustada de acordo com o padrão de oclusão estabelecido durante o planejamento. Pode ser em MIH, em casos mais simples, e em RC, em casos mais complexos. É importante lembrar que o ajuste não deve ser realizado somente nas posições estáticas. Deve-se dar liberdade aos movimentos de protrusão e lateralidade. Uma oclusão mal ajustada pode levar ao deslocamento da coroa provisória, comprometendo a saúde do dente preparado.
 - ✓ Utilizar materiais provisórios para a cimentação da coroa.
- **Consulta 3:** registro das relações intermaxilares, moldagem para núcleo metálico fundido ou reparo
 - ✓ O registro das relações intermaxilares deve ser realizado em todos os casos clínicos; no entanto, pode-se variar o tipo de articulador utilizado e a relação planejada. A RC é uma posição mandibular de uso terapêutico e deve ser adotada em ocasiões mais complexas em que a posição habitual não pode ser definida adequadamente. Nestes casos, deve-se utilizar o articulador semiajustável e o arco facial.
 - ✓ Na maioria dos casos clínicos, pode-se e deve-se utilizar a posição de MIH e, nestas situações, a montagem do arco facial não é necessária.

Núcleo metálico fundido (NMF):

- ✓ Existem várias técnicas para execução desse procedimento, e o importante é que sejam executadas com precisão para não comprometer a longevidade do tratamento.
- ✓ A qualidade do tratamento endodôntico é fundamental para o sucesso do NMF. Deve ser avaliado e, caso apresente problemas, deve ser refeito.
- ✓ O comprimento, a largura e a inclinação do núcleo são definidos no momento do preparo do conduto radicular. Quando se prepara o NMF com uma inclinação que acompanha a inclinação original do conduto radicular, esta espessura será suficiente para dar resistência ao núcleo sem comprometer a resistência do remanescente dentário.
- ✓ O comprimento pode ser de 2/3 do tamanho do remanescente dentário, ou igual ou maior ao comprimento da porção coronária do remanescente. Pode, também, ser estabelecido até a metade do comprimento do alvéolo, ou deixando pelo menos 3 mm a 5 mm de material obturador no conduto radicular.
- ✓ O preparo do conduto deve ser cuidadoso e acompanhado de radiografias periapicais, principalmente para estabelecer o comprimento real da raiz, lembrando que a radiografia pode ter distorções de imagem que alteram a visão correta desta medida.
- ✓ A largura do NMF deve ser a mínima possível. A resistência e a longevidade da restauração dependem da quantidade de dentina remanescente. Quanto maior a largura do núcleo, maior é o desgaste da porção de dentina radicular. Isto enfraquece a resistência do dente restaurado.
- ✓ A largura estabelecida para a porção apical do núcleo deve ser de 1 mm.
- ✓ As paredes do conduto devem ser ligeiramente inclinadas para facilitar a moldagem e a cimentação, e não desenvolver o efeito de cunha no interior da raiz.
- ✓ O perfeito ajuste do NFM deve ser verificado radiograficamente para garantir sua perfeita adaptação e medidas corretas. Caso seja percebida alguma incorreção, o núcleo deve ser repetido.

- ✓ Os núcleos pré-fabricados podem ser utilizados quando o dente apresenta um remanescente coronário de pelo menos 2 mm de dentina.
 - ✓ A técnica de confecção e cimentação depende do tipo de núcleo pré-fabricado escolhido e deve seguir as recomendações do fabricante.
 - ✓ As coroas totais devem estar assentadas sobre remanescente dentinário para que tenham condições de resistir às forças mastigatórias.
- **Laboratório 2**
 - ✓ Fundição do núcleo metálico fundido (NMF).
 - **Consulta 4:** adaptação e cimentação do NMF – esta consulta só será utilizada caso a escolha de restauração do remanescente dentário seja NMF
 - ✓ O NMF deve ser avaliado e, se necessário, ajustado ao conduto radicular. Quando se utiliza a técnica direta, o técnico do LRPD não realiza ajuste no NMF. Em função disso, tornam-se necessários pequenos ajustes. Na maioria das vezes, um pequeno desgaste com broca metálica, eliminando pequenas bolhas que se formam como deficiência do processo de fundição, é o suficiente para obter o ajuste ideal.
 - ✓ Caso seja necessário, deve-se utilizar carbono líquido ou evidenciadores de contato para marcar pontos que impeçam o assentamento correto do NMF. Um leve desgaste com brocas metálicas promove a adaptação do núcleo.
 - ✓ A cimentação do NMF pode ser realizada com cimento de ionômero de vidro ou fosfato de zinco. O cimento resinoso pode ser utilizado para cimentar núcleos de fibra de vidro.
 - ✓ O cimento resinoso não deve ser usado para NMF devido à dificuldade que apresentará para a retirada do núcleo no caso de necessidade de retratamento do conduto radicular.
 - ✓ Durante a cimentação, deve-se tomar cuidado com a pressão hidráulica. O cimento deve ser aplicado em uma fina camada sobre a porção intrarradicular do NMF. Na porção próxima ao término cervical, pode-se colocar quantidade maior de cimento, visto que, nessa região, a linha de cimentação é maior.

- ✓ A coroa provisória deve estar corretamente ajustada ao NMF. O sucesso da consulta seguinte depende da sua perfeita adaptação, que, caso não ocorra, provocará a inflamação da gengiva marginal, impedindo a moldagem na sessão seguinte.
- **Consulta 5:** moldagem dos pilares
 - ✓ A técnica de moldagem determinará o tipo de material a ser utilizado.
 - ✓ O material de moldagem deve reproduzir perfeitamente o término cervical do dente pilar. Para isso, deve-se afastar adequadamente a gengiva, principalmente onde o término cervical for subgengival.
 - ✓ Os métodos de afastamento mais utilizados são fio de afastamento gengival e casquete. A técnica mais adequada é a que o profissional domina e executa com mais precisão.
 - ✓ A técnica de afastamento com fio pode ser executada com um ou dois fios de afastamento gengival.
 - ✓ A desinfecção do molde deve levar em consideração o tipo de material utilizado.
 - ✓ Para a técnica do casquete, utiliza-se alginato e poliéter ou mercaptana, e a desinfecção deve ser feita borrifando-se hipoclorito de sódio a 1% e mantendo o molde em repouso por 10 minutos.
 - ✓ Para os outros materiais, a desinfecção deve ser feita por imersão em glutaraldeído a 2% por 10 minutos.
 - ✓ Após a desinfecção do molde, deve-se vaziar o modelo com gesso especial tipo IV. Na maioria das técnicas, o gesso deve ser vazado entre 15 minutos e 1 hora após a remoção do molde da boca do paciente.
 - ✓ Quando a moldagem for realizada com silicona de adição, deve-se aguardar duas horas para vaziar o modelo, pois, durante este tempo, o material poderá liberar hidrogênio, incorporando bolhas na massa de gesso. Em geral, esse cuidado é recomendado pelo fabricante e está indicado na bula ou na embalagem do produto.
- **Laboratório 3**
 - ✓ Confecção do *copping*.

- **Consulta 6:** prova do *copping* e moldagem de transferência
 - ✓ Esta etapa deve obrigatoriamente ser realizada quando se utiliza a técnica de moldagem com casquete.
 - ✓ Após a remoção da coroa provisória e limpeza do pilar, posiciona-se o *copping* e verifica-se o ajuste. Caso não ocorra o completo assentamento, verificar se existem restos de cimento provisório no pilar.
 - ✓ Caso continue o desajuste mesmo após a remoção dos resíduos de cimento, deve-se aplicar evidenciadores de contato ou carbono líquido e remover os pontos que impedem o assentamento. Esse procedimento deve ser repetido até que se consiga o ajuste perfeito do *copping* ao término cervical.
 - ✓ Para o ajuste do espaço para aplicação da porcelana, com o *copping* em posição, pede-se para o paciente ocluir os dentes. Verifica-se o espaço existente em posição de intercuspidação dentária. Deve-se orientar o paciente para fazer movimentos bordejantes de protrusão e lateralidade e verifica-se a existência de espaço suficiente para que os movimentos sejam executados com liberdade
 - ✓ A moldagem de transferência pode ser realizada com alginato. Ela serve de referência para que o técnico faça a aplicação da porcelana. Para a construção do *copping*, caso o técnico danifique o modelo ao fazer o troquelamento, deve-se fazer nova moldagem com ele em posição.
 - ✓ Para auxiliar no registro da oclusão, deve-se aplicar camada de resina acrílica sobre o *copping* e pedir que o paciente feche a boca, ocluindo os dentes. Quando ocorrer a polimerização da camada de resina, realiza-se a moldagem com o *copping* em posição.
 - ✓ Seleção da cor da porcelana: usar a mesma escala do LRPD.
- **Laboratório 4**
 - ✓ Colocação da porcelana.
- **Consulta 7:** prova e ajuste da coroa definitiva
 - ✓ Após a remoção da coroa provisória, deve-se realizar limpeza completa do pilar para remover qualquer resíduo que possa impedir o assentamento da coroa definitiva. Caso a coroa não se adapte ao pilar com a mesma precisão obtida no ajuste do *copping*, deve-se

procurar na porcelana excessos, que devem ser removidos até se conseguir a perfeita adaptação ao término cervical.

- ✓ O ponto de contato deve ser o primeiro item examinado para verificar se está impedindo a perfeita adaptação da coroa definitiva. Os contatos excessivos devem ser evidenciados e removidos. O desgaste deve ser realizado com ponta diamantada, tomando o cuidado com o superaquecimento.
- ✓ Após o ajuste do ponto de contato, deve-se ajustar a superfície interna da coroa definitiva. Durante a sinterização, pode ocorrer a deposição de cristais de porcelana na superfície interna do *copping*. Um leve desgaste superficial na superfície interna pode ser suficiente para se conseguir o assentamento. Caso o desajuste persista, deve-se utilizar evidenciadores de contato até atingir a completa adaptação.
- ✓ O ajuste oclusal só deve ser feito após esta etapa e deve ser realizado de acordo com o tipo de oclusão planejada. Na maioria dos casos, utiliza-se a MIH. Em casos mais extensos, o ajuste será realizado na posição de RC.
- ✓ Após o ajuste de assentamento e de oclusão, pode-se realizar o ajuste estético e enviar a coroa para que o técnico realize o glazeamento.

- **Laboratório 5**

- ✓ Glazeamento.

- **Consulta 8:** prova final e cimentação da PPF

- ✓ A prova final e a cimentação concluem a construção da peça protética. Assim, deve receber atenção redobrada. O pilar deve ser limpo com pedra pomes, removendo-se todos os resíduos acumulados durante o período no qual a coroa provisória foi recimentada.
- ✓ A adequação da superfície dentária e da coroa será realizada de acordo com o tipo de cimento utilizado. Os cimentos convencionais, ionômero de vidro ou fosfato de zinco, são os mais utilizados devido à facilidade da técnica e à confiabilidade largamente comprovada. Deve-se seguir as recomendações do fabricante do cimento escolhido.
- ✓ A limpeza final dos excessos de cimento que podem se acumular subgingivalmente evitará a inflamação do periodonto adjacente.
- ✓ A consulta de avaliação final deve ser marcada e o paciente deve ser orientado quanto aos procedimentos de higienização da prótese.

- **Consulta 9:** controle e ajuste posterior à instalação
 - ✓ O controle posterior garante a longevidade do trabalho. Imperfeições ou defeitos na cimentação podem se tornar evidentes com o uso da prótese.
 - ✓ Interferências oclusais podem passar despercebidas durante o ajuste e a cimentação. Muitos pacientes apresentam contatos nos movimentos de protrusão ou lateralidade que não foram identificados durante a sessão de cimentação. A consulta de controle posterior possibilita identificar, avaliar e, se necessário, corrigir essas imperfeições.

6.2.2.9 Ortodontia

A) CONDUITAS CLÍNICAS

- **Procedimentos para tratamento ortodôntico**

Caso o paciente apresente necessidades ortodônticas, avalie também:

- As condições físicas (altura, peso, postura, dicção).
- Estágio de desenvolvimento e maturação.
- Tipo de parto, alterações congênitas, doenças da infância, alergias, antecedentes familiares, tratamento médico, uso de medicamentos, intervenções cirúrgicas.
- Hábitos alimentares.

Ainda, avalie se o paciente apresenta queixas recentes, como:

- Cabeça: cefaleia, vertigem, desmaio, insônia.
- Ouvidos: diminuição da audição, tinido (zumbido), dor.
- Olhos: embaçamento, visão dupla, lacrimejamento em excesso, secura, dor.
- Nariz e seios paranasais: rinorreia, epistaxe, dificuldade de respirar pelo nariz, dor, alteração do olfato.

De forma geral, os aparelhos ortodônticos devem apresentar as seguintes características: o material utilizado na confecção deve ser compatível com os tecidos bucais, ser resistente e permitir fácil higienização.

Quando da instalação do aparelho, o paciente deve ser orientado sobre uso adequado, cuidados, higienização e importância da assiduidade nas consultas de manutenção.

Em caso de problemas com mantenedores de espaço ou aparelho ortopédico ou ortodôntico removíveis, orientar o paciente a não utilizar os dispositivos e procurar o serviço para ajuste ou reconstrução.

Nos casos de problemas com aparelhos fixos, orientá-lo a não intervir no sistema, utilizar cera de proteção e procurar o serviço para avaliação e intervenções necessárias.

O profissional da AB deve avaliar aspectos gerais de maloclusão e estar atento às possíveis anomalias apresentadas, tais como problemas transversais (mordida cruzada) e desarmonia de bases apicais.

É desejável que a AB esteja preparada para resolver a maior parte dos problemas de maloclusão; porém, o gestor municipal determinará onde e como deverá ocorrer a oferta de procedimentos ortodônticos, de acordo com as possibilidades técnicas e financeiras do município.

A Nota Técnica da Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, estabelece que os procedimentos de instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo, aparelho ortodôntico fixo e aparelho ortopédico fixo devem ser realizados nos CEOs. Já os procedimentos manutenção/conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico, aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema, aparelho ortopédico e ortodôntico removível, mantenedor de espaço e plano inclinado, podem ser realizados na AB ou no CEO. Isto possibilita mais integração entre as equipes dos dois pontos de atenção, proporcionando maior resolutividade para o serviço.

Para a instalação dos dispositivos ortodônticos/ortopédicos listados, a seguir estão implícitos os procedimentos de moldagem e confecção do modelo de trabalho.

- **Mantenedor de espaço**

O mantenedor de espaço é um dispositivo de fácil construção. Deve ser o mais estético possível e está indicado para preservar o espaço e manter a normalidade das funções em função de perdas precoces dos dentes decíduos, agenesias, desvio de erupção do dente permanente, desde que o sucessor permanente esteja presente.

Deve-se atentar para que o aparelho não interfira no crescimento ósseo, permitindo oclusão e execução das funções corretamente, evitando a instalação de hábitos deletérios.

Sequência de intervenção	
Removível	
• Planejamento do mantenedor conforme região anterior ou posterior (funcional anterior e posterior). • Envio do modelo de trabalho ao laboratório. • Instalação do aparelho.	

Fixo

- Bandagem dos elementos de apoio ou seleção de coroas dos elementos envolvidos.
- Eleição do tipo de mantenedor (barra transpalatina, arco lingual de Nance, botão de Nance, botão de Nance modificado, banda-alça, banda-alça com tubo, coroa-alça, guia de erupção, aparelho mantenedor de espaço colado – Amec, sistema tubo-barra).
- Envio do modelo de trabalho ao laboratório.
- Cimentação ou colagem direta do dispositivo.

• Aparelho ortopédico e ortodôntico removíveis

Estão indicados para promover situações dentais, esqueléticas ou dento-esqueléticas mais adequadas e auxiliar a normalidade das funções orais, favorecendo o sistema estomatognático em casos em que há necessidade de correção de problemas transversais, verticais, anteroposteriores, funcionais, de posições individuais ou de grupos de dentes, manutenção de ancoragem e contenção de resultados obtidos.

O bom andamento do tratamento depende da colaboração do paciente; por isso, o cirurgião-dentista deve estar atento para que o aparelho não interfira na normalidade, atuando de acordo com sua indicação e finalidade.

Sequência de intervenção

- Planejamento do aparelho removível conforme finalidade clínica (removíveis com molas digitais, expansores, disjuntores, placas desoclusoras, placas reeducadoras impedidoras, Bionator, Bimler, Klammt, Frankel, placa dupla de avanço, placa de Cetlin, bioajustador MD3, placas de Hawley, placas de contenção, placa de ocupação lingual, placa com arco extrabucal, *splint* maxilar, entre outros).
- Envio do modelo de trabalho ao laboratório.
- Instalação do aparelho.
- Ajustes e/ou controles periódicos conforme indicação.
- Orientações sobre uso adequado, cuidados e higienização.

• Plano inclinado

Indicado para correção de problemas anteroposteriores (desarmonia de bases ósseas) e problemas dentários transversais (mordida cruzada).

Sequência de intervenção
Removível
• Envio do modelo de trabalho ao laboratório. • Instalação do aparelho. • Ajustes e/ou controles periódicos. • Orientações sobre uso adequado, cuidados e higienização.
Fixo (plano inclinado em resina acrílica ou fotopolimerizável)
• Colagem de braquetes nos dentes anteriores não cruzados. • Nivelamento prévio. • Abertura do espaço com molas de compressão. • Construção de banda ortodôntica, preenchimento com resina acrílica, polimento e cimentação; ou inserção de resina fotopolimerizável diretamente no dente afetado e ajuste adequado. • Manutenção do plano por tempo necessário à resolução do problema. • Remoção do plano.

- **Manutenção/conserto de aparelhos ortodôntico/ortopédico**

Este procedimento pode ser realizado no CEO ou na AB e tem como objetivo verificar a evolução do caso, observar os tecidos orofaciais, monitorar o grau de colaboração do paciente no tocante ao uso, cuidados e higienização do aparelho e realizar os procedimentos necessários para a evolução do tratamento.

Sequência de intervenção
Controle de rotina
• Remover o aparelho do paciente. • Promover higienização bucal e do aparelho. • Observar tecidos orofaciais para detecção de anormalidades. • Avaliar oclusão para verificar evolução do caso. • Reinsere o aparelho para possíveis ajustes ou ativação.
Diante da necessidade de substituição do aparelho

- Moldagem.
- Seleção do novo aparelho.
- Construção do modelo de trabalho.
- Envio ao laboratório.
- Instalação do aparelho.
- Novos ajustes e/ou controles periódicos.

- **Instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo**

Incluem-se, neste procedimento, os recursos de aparatologia fixa e de outros sistemas, como: aparelho extrabucal (AEB), placa labioativa (PLA), quadri-hélice, disjuntor, expensor, máscara de protração maxilar, entre outros.

Indicações:

A função principal é restabelecer a oclusão dentária (perfeito engrenamento dos dentes superiores e inferiores em relação correta nos aspectos proximais e antagônicos, em harmonia com os ossos basais da face e do crânio e em equilíbrio com os órgãos e tecidos circundantes), sendo isso importante para a correta mastigação e, conseqüentemente, adequada nutrição e saúde bucal, evitando-se problemas de respiração, deglutição, fonação e da articulação temporomandibular, além de proporcionar estética mais agradável, aumentando a autoestima e o bom relacionamento com as pessoas.

Indicado em casos de maloclusão classes I, II ou III, nas seguintes situações: problemas transversais (mordida cruzada anterior e/ou posterior uni ou bilateral), problemas verticais (mordida aberta anterior e/ou posterior uni ou bilateral, mordida profunda), problemas anteroposteriores (desarmonia de bases ósseas, trespasse dental horizontal acentuado), anomalias dentárias individuais (número, forma, tamanho, posição, processo de erupção), discrepância osteodental, alterações miofuncionais orofaciais.

Sequência de intervenção

Fase de instalação do aparelho ortodôntico fixo

- Escolha da técnica a ser empregada.
- Início preferencialmente pelos dentes de ancoragem ou pelos dentes posteriores.
- Separação dos dentes.
- Aguardar, pelo menos, cinco dias.
- Se necessário, administrar analgésico.

- Remoção do separador.
- Adaptação da banda.
- Cimentação das bandas com ionômero de vidro.
- Se necessário: etapa laboratorial – moldagem e recolocação de novos separadores.
- Cimentação do conjunto de ancoragem vindo do laboratório.
- Posicionamento e colagem dos braquetes.
- Inserção de fios ortodônticos.
- Inclusão de recursos na mecânica para auxiliar na movimentação ortodôntica: elásticos intermaxilares, cursores, molas, cantilever, entre outros.
- Controle de ancoragem anteroposterior: acessórios de ancoragem: botão de Nance, arco lingual, barra transpalatina (BTP) simples ou dupla, AEB e PLA.
- Desenvolvimento de técnica completa.

Recursos ortopédicos fixos

- Descruzadores de mordida: quadri-hélice, BTP, disjuntores (Haas, Hirax, Crozat, Colado), expansores com molas.
- Distalizadores: *distal jet*, aparelho extrabucal, placa labioativa, Jones Jig, Placa de Cetlin.
- Acessórios de ancoragem: botão de Nance, arco lingual, BTP simples ou dupla, AEB, PLA.
- Protração maxilar: máscara facial ortopédica.

Sequência de construção e instalação

- Adaptação das bandas aos primeiros molares permanentes ou segundos molares decíduos, de acordo com a fase de desenvolvimento.
- Inclusão/soldagem do dispositivo ou arco característico para cada tipo de aparelho e devida ativação, quando necessário, anteriormente à cimentação.
- Isolamento com rolos de algodão.
- Cimentação do aparelho sob pressão.
- Avaliação e controle mensal.

- Objetivo: ativação até correção/sobrecorreção, conforme protocolo de cada aparelho.
- Remoção, desativação e reinstalação do aparelho para contenção por três meses, caso necessário.
- Construção de aparelho removível de contenção, por três meses, ou instalação de aparelho fixo.

Construção de aparelhos/dispositivos de encaixe conectável: AEB, PLA, BTP, entre outros

- Profilaxia das superfícies dos dentes de apoio.
- Seleção ou fabricação da banda para os dentes de apoio.
- Soldagem dos tubos.
- Isolamento com rolos de algodão.
- Cimentação das bandas.
- Adaptação da placa ou do arco intrabucal e do arco facial no AEB.
- Instalação do aparelho com eleição dos elementos de força (intensidade, sentido de tração, tempo de uso), considerando-se: tendência de crescimento facial, padrão facial, maloclusão, idade do paciente.
- Orientações sobre uso adequado.

Máscara de protração ou máscara facial ortopédica (MFO)

- Instalação de disjuntor com ganchos na altura dos caninos.
- Se necessário, proceder à disjunção.
- Após obtida a disjunção necessária, instalar a MFO.
- Selecionar a força aplicada.
- Controles periódicos com aumento de força progressiva até correção do trespasse anterior positivo.
- Remoção do aparelho.
- Contenção por meio de aparelho removível com indicação precisa ao tipo de maloclusão ou instalação imediata de outros dispositivos de aparelho fixo, quando indicado.

Casos com necessidade de instalação parcial do aparelho

- Dentes acentuadamente mal posicionados.
- Mordida profunda.
- Redução interproximal de esmalte.
- Cursores de deslize.
- Tratamento na dentição mista.

Fase final do tratamento ortodôntico

- Acabamento.
- Intercuspidação.
- Contenção.

• Placa de mordida

Dispositivo removível construído em resina acrílica ou policarbonato, utilizado com a finalidade de estabelecer oclusão adequada ou efeito miorrelaxante, buscando a normalidade das funções e facilitando o diagnóstico de possíveis alterações oclusais.

Sequência de intervenção

- Planejamento da placa conforme material eleito.
- Envio do modelo de trabalho ao laboratório.
- Instalação do aparelho.
- Ajustes e/ou controles periódicos.
- Orientações sobre uso adequado, cuidados e higienização.

6.2.2.10 Implantodontia

O acesso aos serviços de Implantodontia ofertados no CEO não se limita aos implantes para retenção de próteses totais. Outras opções de tratamento podem ser viabilizadas por meio dos implantes dentários, que estarão na dependência da decisão dos gestores locais, das condições técnicas e financeiras do município.

Na avaliação de pacientes para implantodontia, considere também:

- A capacidade colaboradora do paciente para uma reabilitação por meio de implantes osseointegrados.
- A necessidade de terapia com sobredentadura implantossuportada, em que o paciente será submetido à cirurgia ambulatorial sob anestesia local e possível sedação via oral.
- Qual o melhor momento para que o paciente sofra a intervenção cirúrgica de acordo com o plano de tratamento com implantes osseointegrados e sua condição sistêmica.

A) IMPLANTES PARA REBORDO TOTALMENTE EDÊNTULO DE INDIVÍDUOS SEM USO PRÉVIO DE PRÓTESE TOTAL

- Definição: instalação de no mínimo dois e no máximo quatro implantes com superfície tratada.
- Indicação: estão indicados para rebordos que não apresentem possibilidade de adaptação de prótese total convencional por falta de retenção mecânica, em que a função imediata ou tardia dos implantes será reavaliada.
- Sequência de intervenção: o procedimento poderá ser realizado em quatro consultas, conforme sugestão a seguir.

1ª consulta	Avaliação clínica, solicitação de exames complementares e orientações para o paciente sobre uso da sobredentadura implantossuportada, sua higienização e manutenção dos tecidos peri-implantares.
2ª consulta	Avaliação dos exames solicitados, moldagem anatômica, montagem em articulador semiajustável (ASA), seleção de formato e cor dos dentes. Escolha do sistema de retenção da sobredentadura e decisão se esta será submetida à função imediata ou tardia; produção do guia cirúrgico multifuncional.
3ª consulta	Cirurgia para instalação dos implantes, confirmação da escolha do sistema de retenção da sobredentadura, indexação e tomada de registros para função imediata por meio da instalação dos pilares intermediários (<i>abutments</i>) do sistema.
4ª consulta	A prótese deve ser enviada ao laboratório, onde estes registros serão capturados em seu interior de acrílico e retornará à boca do paciente para pequenos ajustes ou, nos casos de função tardia, colocação de tapa-implantes e realização de sutura. Neste caso, o paciente deverá retornar em quatro a seis meses para confecção da prótese definitiva.

B) IMPLANTES PARA REBORDO TOTALMENTE EDÊNTULO DE INDIVÍDUOS COM USO PRÉVIO DE PRÓTESE TOTAL

- Definição: instalação de no mínimo dois e no máximo quatro implantes com superfície tratada.
- Indicação: estão indicados para rebordos sem possibilidade de adaptação de prótese total convencional por falta de retenção mecânica em que a função imediata ou tardia dos implantes será reavaliada. A prótese total já existente pode ser utilizada como referência, desde que respeite os princípios básicos de relação cêntrica, máxima intercuspidação coincidente e adequada estética, dimensão vertical e fonação.
- Sequência de intervenção: o procedimento poderá ser realizado em quatro consultas, seguindo a mesma sequência sugerida no item anterior.

C) IMPLANTES PARA REBORDO PARCIALMENTE EDÊNTULO

- Definição: instalação de no mínimo dois e no máximo quatro implantes com superfície tratada.
- Indicação: estão indicados na presença de dentes remanescentes que tenham sido condenados pela Periodontia, seja por doença periodontal avançada ou pela falta de função dos referidos dentes.
- Intervenção clínica: o procedimento poderá ser realizado em seis consultas, conforme sugestão a seguir.

1ª consulta	Avaliação clínica, solicitação de exames complementares e orientações para o paciente sobre uso da sobredentadura implantossuportada, sua higienização e manutenção dos tecidos peri-implantares.
2ª consulta	Avaliação dos exames solicitados, moldagem anatômica, montagem em articulador semiajustável (ASA), estabilização da prótese. Caso o paciente utilize prótese parcial removível ou total provisória, criação de duas, três ou quatro aberturas na própria prótese pela face lingual (servirão de guia para a instalação dos implantes osseointegrados que a suportarão em forma de sobredentadura); uso da própria prótese como guia cirúrgico (após esterilização ou desinfecção com solução de clorexidina a 0,12%).

3ª consulta	Exodontia, instalação dos implantes; indexação e tomada de registros para função imediata por meio da instalação dos pilares intermediários (<i>abutments</i>) do sistema (obs.: no caso de a prótese estar adaptada, deverá ser enviada ao laboratório para captação dos registros em seu interior de acrílico e realizar pequenos ajustes, constituindo um encaixe macho-fêmea. Caso a prótese não esteja adequada, deve ser repetida e a cirurgia de instalação dos implantes deve ser prorrogada para uma próxima consulta).
4ª consulta	Utilizada quando há necessidade de confecção de nova prótese.
5ª consulta	Retorno do paciente para remoção de sutura e avaliação de possíveis ajustes na sobredentadura ou cirurgia de instalação dos implantes no caso da não adaptação da prótese.
6ª consulta	Retorno do paciente para remoção de sutura e avaliação de possíveis ajustes na sobredentadura no caso da não adaptação da prótese.

D) IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS COM FUNÇÃO IMEDIATA

Técnica cirúrgica para instalação

- ✓ Considerar a necessidade de antibioticoterapia, sempre que houver história de infecção prévia.
- ✓ O paciente deverá estar devidamente paramentado.
- ✓ Proceder à assepsia extrabucal.
- ✓ Anestesia por bloqueio regional e/ou terminal infiltrativa da região intrabucal a ser abordada.
- ✓ Posicionamento do guia cirúrgico para instalação dos implantes. Incisão supracrestal, respeitando os limites de gengiva inserida/queratinizada quando presente no rebordo remanescente.
- ✓ Quando da presença de dentes e restos radiculares, eles deverão ser extraídos por meio do uso de periótomos e/ou extratores/fórceps, preservando ao máximo os alvéolos. Um retalho mucoperiosteal deverá ser rebatido e deslocado com uso de descolador de perióstio Molt. Quando o guia cirúrgico coincidir com um alvéolo fresco, este rebatimento de tecidos não será necessário.
- ✓ Considerar a necessidade de técnica de regeneração óssea guiada com uso de osso autógeno particulado coletado com coletores de osso e/ou uso de biomateriais com membranas.

- ✓ A osteotomia deve ser realizada sob irrigação com solução fisiológica estéril.
- ✓ Inserir o implante com tratamento de superfície, inicialmente com contra-ângulo e torque manual final por meio de torquímetro específico.
- ✓ Coaptar os bordos por meio de sutura.
- ✓ As normas de biossegurança preconizadas para cirurgia ambulatorial devem ser rigorosamente seguidas, considerando-se em especial o trato com os implantes que serão instalados na cavidade bucal, atendendo às normas do fabricante.
- ✓ Os princípios biomecânicos e a anatomia deverão ser respeitados para que não ocorram lesões nervosas irreversíveis e hemorragias.

Recomendações pós-operatórias

- ✓ Aplicação de gelo local nas primeiras 24 horas.
- ✓ Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada durante três a quatro dias.
- ✓ Prescrever medicação, se indicado.

Confeção da sobredentadura

- ✓ Eleição do sistema de retenção para a sobredentadura de acordo com o posicionamento ideal dos implantes alcançado e considerando o planejamento descrito previamente.
- ✓ Seleção dos pilares intermediários (*abutment*) que serão diretamente conectados aos implantes. Estes passarão a ser chamados de macho.
- ✓ Posicionamento de um espaçador sobre o macho para captação da fêmea, que será capturada pela prótese pré-fabricada ou preexistente já desgastada para tal.
- ✓ Colocação de resina autopolimerizável na fase plástica, no interior da sobredentadura (nos espaços deixados pelo desgaste).
- ✓ Aplicação de resina adicional sobre as cápsulas (fêmeas) e assentamento da prótese na boca.
- ✓ O paciente deve manter a boca fechada em oclusão leve até que o acrílico polimerize.

- ✓ Remoção da prótese da boca e envio ao laboratório para os acabamentos e ajustes finais.
- ✓ Reinstalação da sobredentadura ao retornar do laboratório e, se necessário, ajuste à boca do paciente.

E) IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS COM FUNÇÃO TARDIA

Técnica cirúrgica para instalação

- ✓ Seguir a mesma técnica para instalação com função imediata. Após a instalação dos implantes, eles deverão ser cobertos com parafusos tapa-implante e os tecidos adaptados de maneira que seja aguardado um período de cicatrização, que poderá variar entre quatro e seis meses para confecção da sobredentadura.

Terapia medicamentosa

- ✓ A cirurgia para instalação de implantes osseointegrados envolve osteotomia com brocas ativadas por motor elétrico, que poderão ser refrigeradas automaticamente ou manualmente, dependendo do equipamento a ser utilizado, com solução fisiológica estéril.
- ✓ Considerar a necessidade de antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia.
- ✓ Caso necessário, o paciente deverá ser submetido à profilaxia com antibiótico com a utilização de 2 g de amoxicilina, administrada via oral, 30 a 60 minutos antes do procedimento.
- ✓ No caso de alergia à penicilina, a segunda escolha é clindamicina 600 mg ou azitromicina/claritromicina 500 mg, VO, 30 a 60 minutos antes do procedimento.
- ✓ Pode-se utilizar a via venosa, caso o procedimento ocorra em ambiente hospitalar.
- ✓ Deverá, ainda, ser realizado bochecho com solução de clorexidina a 0,12% por um minuto, como meio de assepsia intrabucal.
- ✓ A continuação da terapia medicamentosa dependerá do tempo cirúrgico para instalação dos implantes osseointegrados, além da presença de edema, dor etc.

- ✓ Pode-se utilizar sedação, se necessário; porém, o paciente deverá estar plenamente consciente durante a instalação da sobredentadura em função imediata.
- ✓ Em situações de urgência, prescrever medicação para controle da dor/inflamação e, se for o caso, da infecção.
- ✓ Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.

Proservação para fase cirúrgica e protética de implantes

- ✓ Entre sete e dez dias após o tratamento cirúrgico, serão removidas as suturas, devendo o paciente retornar após igual período para ser reavaliado no CEO.
- ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós-operatória deverão receber acompanhamento adicional.
- ✓ O paciente deverá ser instruído sobre sua nova prótese retida por implantes e orientado sobre sua importante participação no sentido de preservá-la em função, prolongando sua durabilidade, assim como sobre os cuidados pós-cirúrgicos quanto ao repouso, à alimentação e à higienização.
- ✓ O paciente deverá retornar ao CEO anualmente para revisão, profilaxia e ajustes na sobredentadura implantossuportada, bem como para substituições de eventuais componentes de retenção.

6.2.3 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos para outros pontos da RAS

A referência lateral, ou referência interna, é um item importante da organização da agenda dos profissionais dos CEOs. Ela deverá estar planejada de modo a contemplá-la, evitando que os pacientes atendidos em determinada especialidade retornem para a fila de espera da AB a fim de aguardar vaga de outro profissional. Um exemplo dessa situação seria aquele paciente que passou por cirurgia de retirada de hiperplasia fibrosa inflamatória e necessita de outra prótese. Nesse caso, deve-se utilizar da referência lateral ou referência interna para agendá-lo para o protesista sem necessidade de retorno à AB para tal fim. Nessa organização, o gestor do CEO tem papel fundamental no que diz respeito ao gerenciamento das agendas.

A contrarreferência deve conter um sumário de alta para que a comunicação com os demais pontos de atenção da rede seja efetiva. A ficha de contrarreferência deve ser enviada à UBS após conclusão do tratamento no CEO, com descrição do diagnóstico

e dos procedimentos realizados e identificação do profissional, contendo também sugestões/orientações para preservação na AB e critérios para retorno à especialidade. Ressalta-se que, após a alta clínica, o paciente retorna à sua UBS de origem, onde seu cuidado longitudinal deve ser retomado pelos profissionais da AB. A contrarreferência também é assegurada após o tratamento completado no CEO, ou até durante.

Avaliação de outros profissionais

A avaliação por outros profissionais não deve ser entendida como impedimento para o atendimento em saúde bucal, mas sim para promover a atenção integral ao usuário. É da responsabilidade do CD utilizar esse momento como oportunidade para discutir com outros profissionais um projeto singular para o usuário, na perspectiva de integralidade da atenção.

As avaliações e os pareceres de saúde por outros profissionais são necessários em casos de alterações sistêmicas que possam interferir na condução do tratamento, comprometendo a segurança do paciente; porém, não devem ser motivo de impedimento para a atuação do CD. Existem inúmeras situações que podem necessitar de pareceres de colegas de outras áreas, entre elas:

- Avaliações cardiovasculares: cardiopatias congênitas ou adquiridas diversas como hipertensão arterial descompensada, histórico de infartos do miocárdio, angina pectoris (angina do peito), acidente vascular encefálico, aterosclerose.
- Avaliações endocrinológicas: doenças metabólicas, como diabetes mellitus tipo I ou II descompensados, dislipidemia (alterações nos lipídeos, como colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos), hipotireoidismo ou hipertireoidismo.
- Avaliações hematológicas: doenças e/ou alterações sanguíneas, como anemias diversas, alterações de coagulação (coagulopatias), alterações imunológicas.
- Na presença de alterações musculares ou funcionais (por hábitos deletérios ou posturais), clínicas ou psicológicas, deve ser solicitada avaliação com profissionais de áreas afins, como fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, psicólogo, endocrinologista, pediatra, entre outros.

Os gestores devem facilitar esta troca de informações entre os diversos pontos de atenção da rede de saúde, utilizando-se de estratégias, tais como profissionais ou equipes de referência.

Encaminhamento para o nível terciário

Serão referenciados para a Atenção Especializada em nível hospitalar os pacientes impossibilitados de receber atendimento na AB e nos CEOs devido às suas necessidades mais complexas, como necessidade de atendimento sob anestesia

geral, preparo prévio com hemoderivados, monitorização cardíaca complexa em cardiopatas graves, hepatopatas graves, pacientes já internados em ambiente hospitalar, imunodeprimidos que necessitem de ambiente biosseguro e asséptico, e outros, de acordo com a evolução e a dificuldade de compensação clínica de cada doença que necessitar de assistência em ambiente hospitalar.

No âmbito da cirurgia bucomaxilofacial, casos que requeiram alta complexidade sob atendimento de uma equipe hospitalar multidisciplinar e sob anestesia geral normalmente estão relacionados aos traumas maxilofaciais mais complexos, distúrbios severos da ATM com necessidade cirúrgica, tumores benignos com comportamento agressivos que necessitem de cirurgias ressectivas e/ou reconstrutivas, cirurgias de correções de deformidades dentofaciais funcionais, casos de cirurgias dentoalveolares complexos e/ou em pacientes com necessidades especiais que apresentem riscos elevados de complicações para serem realizados na atenção de média complexidade do CEO.

Os pacientes comprovadamente portadores de câncer na região de cabeça e pescoço, ou que apresentem grandes tumores e outras lesões que requerem abordagem cirúrgica, ou doenças malignas com repercussão bucal, necessitam de encaminhamento para a Atenção Especializada em nível hospitalar. Em geral, os equipamentos desse ponto de atenção encontram-se sob gestão estadual, requerendo do responsável pela saúde bucal do município um esforço no sentido de participar das negociações de pactuação, incluindo as necessidades do município em relação à saúde bucal, garantindo, assim, a referência para esse ponto de atenção na rede.

6.3 Unidades de Pronto Atendimento

O atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para o serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

A Política Nacional de Atenção às Urgências integrou as unidades de saúde e dividiu a atenção às urgências no SUS em quatro frentes. Na AB, as equipes de Saúde da Família (eSF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como prioridade a orientação assistencial a um número determinado de famílias e acolhimento das urgências de menor complexidade. O componente móvel, por meio do Serviço Médico de Urgência (Samu) 192, faz a estabilização dos pacientes no local da ocorrência e o transporte seguro para as unidades de saúde indicadas. Cabe às UPAs o atendimento das urgências de média complexidade, enquanto o setor de urgência dos hospitais realizam o atendimento das urgências de maior complexidade.

A UPA 24 horas é o ponto intermediário entre os estabelecimentos de saúde da Atenção Primária/Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências, ampliando e qualificando o acesso e a resolutividades da atenção à saúde nos serviços do SUS. Podem ter três portes distintos, relacionados à população de abrangência e, conseqüentemente, à sua área física.

Dependendo do município, a odontologia pode estar inserida em uma UPA e, assim, o cidadão ter sua necessidade atendida neste serviço. Quando isso não ocorre, a UBS ou o serviço de pronto-socorro continua sendo a única alternativa e, desta forma, é necessário que se caracterize um atendimento de urgência (AU) e um pronto atendimento (PA).

Conforme destacado no item 6.1.1.6, em Odontologia, o AU caracteriza-se por um atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas UBS, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e têm sua necessidade assistencial atendida, a qualquer hora. Já no PA, é o acolhimento e a atenção clínica que buscam dar resposta a uma necessidade percebida pelo usuário, como: queda ou fratura de restaurações que tem comprometimento estético, funcional ou provoque lesão em tecidos moles.

Ao chegar a uma UPA, o usuário é acolhido e assistido na própria unidade com atendimento resolutivo e qualificado aos quadros agudos ou agudizados de natureza clínica. Conforme o caso, após este primeiro atendimento, o usuário pode ser encaminhado a um hospital ou a uma UBS. Em situações mais complexas envolvendo fraturas ósseas ou traumas decorrentes de acidentes em que a UPA não ofereça os recursos necessários para o tratamento resolutivo e qualificado, o primeiro atendimento envolve a investigação diagnóstica inicial e a estabilização do quadro para encaminhamento aos demais serviços da rede.

Entre outras competências da UPA 24 horas na Rede de Urgência e Emergência (RUE), destacam-se:

- Funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos.
- Implantar processo de acolhimento com classificação de risco, considerando a identificação de necessidade de tratamento imediato, o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com este grau ou com a gravidade do caso.
- Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento se tornar necessária.
- Articular-se com Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, Samu 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência.

- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela rede de AB e decorrentes de atendimentos do CEO na impossibilidade de retorno a esses.

Destaca-se a necessidade de esse ponto da rede ser o máximo possível resolutivo. Isso sugere priorizar a realização de cuidado de quadros agudos, como: dor, inflamação, hemorragias, traumas, luxações, fraturas, entre outros, implicando a realização de exodontias, trapanações, estabilização, drenagens, tratamento de alveolites e medicação. Incluem-se como atribuições do cuidado na UPA a atenção às necessidades trazidas pelos usuários, tais como: queda ou fratura de restaurações, com comprometimento estético, funcional ou que provoque lesão em tecidos moles.

6.4 Hospital

Segundo a Resolução CFO-163, de 9 de novembro de 2015, a Odontologia Hospitalar é uma área da Odontologia que atua em pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em assistência domiciliar. Tem como objetivos: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos.

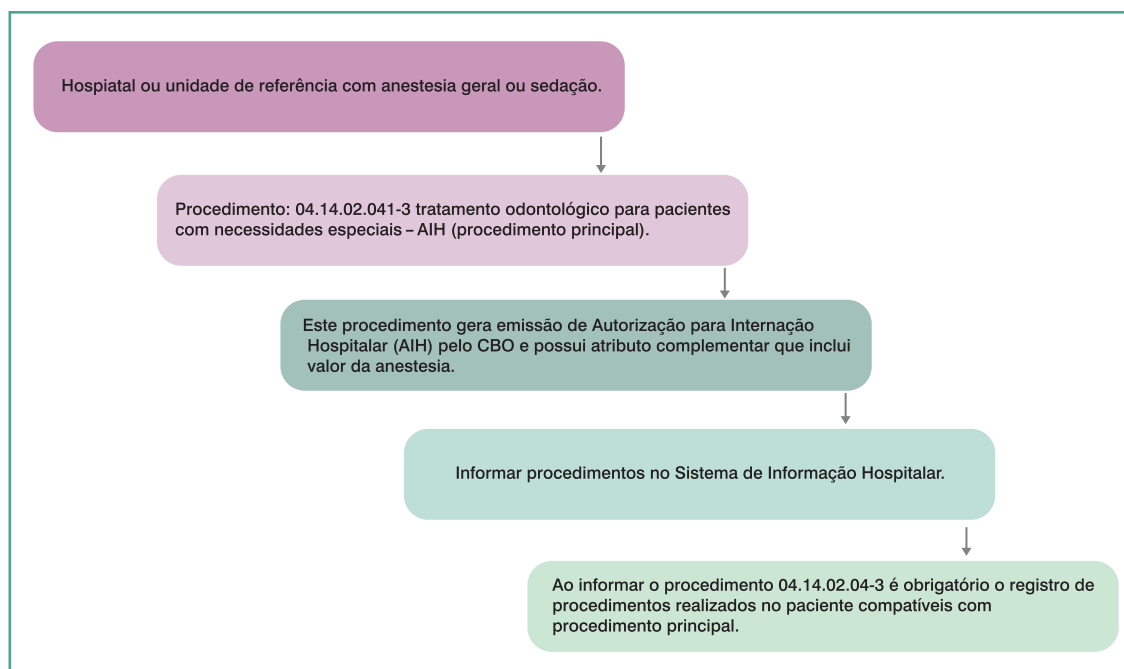
Nesse contexto, o Ministério da Saúde respalda a atenção odontológica em ambiente hospitalar de forma gradativa, primeiramente, ao possibilitar, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da autorização de internação hospitalar (AIH) e instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção.

Ainda em 2005, estabeleceu as diretrizes para a atenção aos doentes com afecções das vias aéreas e digestivas superiores da face e do pescoço em alta complexidade, mediante a implantação de rede estadual/regional de atenção por meio de unidades de assistência e centros de referência. Outra ação foi instituir a necessidade da atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon).

Dando continuidade ao processo por meio da publicação da Portaria GM nº 1.032, de 5 de maio de 2010, o Ministério da Saúde inseriu o procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais em hospitais. Por meio desta portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passaram a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de Atenção Primária/ Básica e Atenção Especializada em ambiente hospitalar (Figura 19).

Procedimento 04.14.02.041-3 – Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais: consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional, que o impeçam de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

Figura 19 – Fluxograma para preenchimento da autorização de internação hospitalar e registro dos procedimentos para pacientes com necessidades especiais



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS/MS.

É sempre importante a correlação entre as questões assistenciais, as evidências científicas e a legislação que vai surgindo para normatizar a atenção e o cuidado nas instituições. A dificuldade em adequar a cavidade oral, muitas vezes apresentando dentes sépticos, e em manter adequada higiene bucal em pacientes internados em UTI propicia a colonização do biofilme dental por microrganismos patogênicos, especialmente respiratórios, o que representa risco ao agravamento do quadro das infecções no ambiente hospitalar e das pneumonias nosocomiais. Com a compreensão da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) e da sepse, é premente que os processos inflamatórios crônicos e agudos devam ser resolvidos em todos os pacientes, mas, em especial, nos que já apresentam distúrbios cardiovasculares e naqueles submetidos a terapias imunossupressoras.

Dessa forma, com o constante surgimento de evidências científicas que respaldam o papel lesivo das infecções dentárias e bucais para a deterioração do estado geral dos pacientes internados em UTI, a Odontologia passou a dividir responsabilidades com outros integrantes das equipes de saúde – especialmente nas questões referentes ao controle das infecções e do conforto a esses pacientes. Para tanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que determina que toda UTI deve garantir a assistência odontológica à beira do leito, seja por recursos próprios ou terceirizados. Em 2013, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado aprovou o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 34, de 2 de outubro de 2013 (projeto original nº 2.776/2008), revisado em 2016 e aprovado novamente na forma de substitutivo, recebendo algumas modificações, como a supressão da expressão *homecare* e a inclusão da assistência odontológica no atendimento e na internação domiciliares do SUS, assim como a ampliação para hospitais de pequeno porte. O texto estabelece ainda que os planos de saúde que incluam internação hospitalar devem cobrir a assistência odontológica aos pacientes internados, ressaltando que, em todas as situações, esse atendimento vai depender do consentimento do paciente ou de seu responsável. Para, além disso, quando a assistência odontológica tiver de ser custeada pelo paciente, ele será informado dos custos antes de autorizar o tratamento.

A partir da Nota Técnica da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/MS) nº 01/2014, todos os procedimentos odontológicos realizados em âmbito hospitalar poderão ser registrados e informados por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), independentemente do motivo de internação, e não mais apenas os realizados para pacientes com necessidades especiais. Essa medida garante, assim, os cuidados com a saúde bucal dos pacientes internados por diversos motivos e que necessitem de atenção odontológica.

6.4.1 Atribuições da equipe de Saúde Bucal no hospital

O cuidado em âmbito hospitalar exige equipes multiprofissionais e interdisciplinares, observando leis, protocolos, diretrizes, rotinas, em que as condutas e procedimentos são discutidos e planejados em conjunto e as responsabilidades compartilhadas entre toda a equipe assistencial.

Desse modo, CD, TSB e ASB que compõem a equipe precisam conhecer as rotinas, estruturas e tecnologias do ambiente hospitalar; estar ciente das normas e dos procedimentos operacionais padrões; dominar protocolos assistenciais e farmacológicos de prescrição da equipe e sua interação com os equipamentos e medicamentos de uso odontológico; ter habilidade para o trabalho em equipe; saber interpretar exames laboratoriais e de imagens; e reconhecer situações de emergência e ações de suporte básico de vida. Além disso, como em qualquer ponto da rede, o CD deve reconhecer a repercussão dos problemas bucais, na saúde geral do indivíduo, atentando também na sua correlação com a doença de base dos pacientes internados; bem como na influência de problemas sistêmicos na saúde bucal.

A atuação do CD/eSB no hospital deve proporcionar a integração dos conhecimentos da área odontológica ao modelo assistencial do hospital, dentro do sistema e da rede de saúde aos quais ele está vinculado. A assistência odontológica do paciente na UTI, no leito hospitalar, no domicílio, na UPA, no CEO e na UBS compõe a integralidade e a longitudinalidade do cuidado que a rede precisa garantir aos cidadãos.

Os serviços odontológicos dentro dos organogramas hospitalares são constituídos por equipes com competência clínica e cirúrgica, capacitados ao manejo de pacientes sistemicamente comprometidos e complexos. Também podem integrar programas e grupos desenvolvidos nesse ponto da rede para orientação aos pacientes, familiares, equipes de Enfermagem e profissionais sobre a importância da condição bucal para a saúde, bem como participar da gestão hospitalar, das comissões de controle de infecção, comitês de ética, grupos de pesquisa clínica, entre outros cenários que compõem esse ponto de atenção. Nesse sentido, além do aspecto assistencial, a presença da equipe de Saúde Bucal no hospital tem caráter formativo ao participar da educação permanente com objetivo de aperfeiçoar os protocolos de cuidado aos pacientes internados em ambulatórios hospitalares, assim como auxiliar na elaboração de manuais ou diretrizes clínicas para esse fim.

Ainda a Resolução CFO nº 163, de 9 de novembro de 2015, define as áreas de atuação do cirurgião-dentista habilitado em Odontologia Hospitalar:

- a) Atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização.
- b) Ter competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes críticos.
- c) Saber atuar em caso de emergência médica.
- d) Atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo.
- e) Aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em odontologia hospitalar.
- f) Incrementar e estimular pesquisas que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da odontologia hospitalar.
- g) Atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação de saúde em ambiente hospitalar.

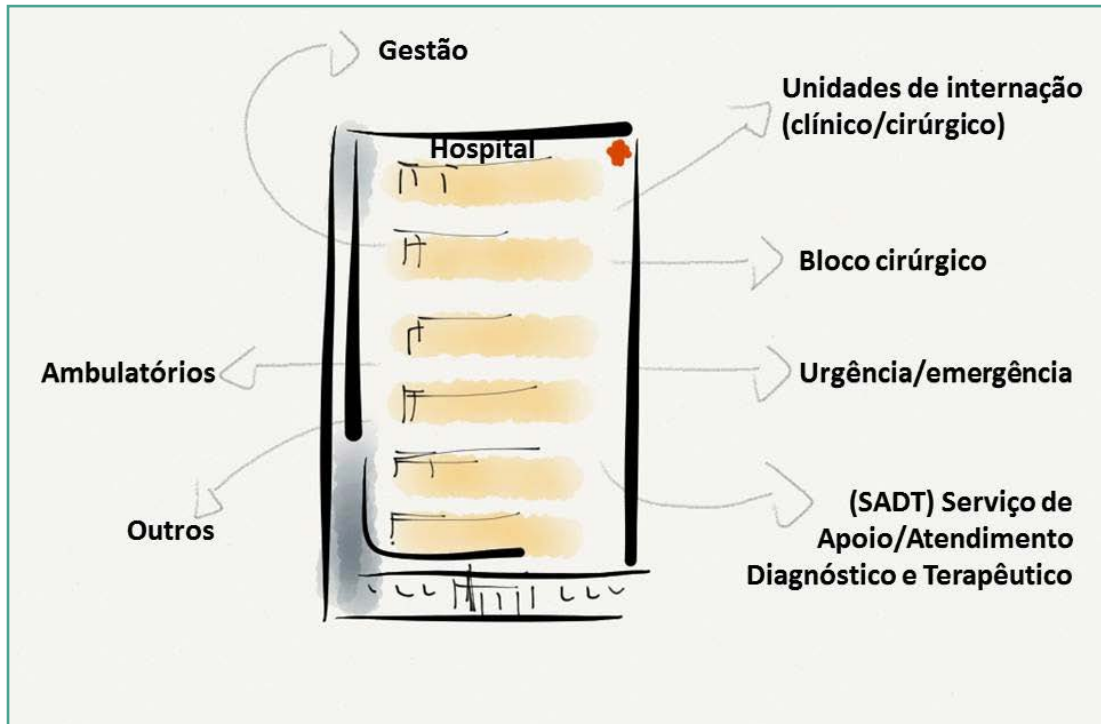
Pelo exposto, pode-se aduzir que, dentro da Rede de Atenção à Saúde, os hospitais próprios ou conveniados poderão dispor de equipamentos e equipes que garantam:

- Tratamento odontológico na promoção, na prevenção e na reabilitação oral aos pacientes internados, ou para os que possuam patologias importantes que requeiram o tratamento odontológico em ambiente hospitalar.
- Adequação e manutenção da homeostase do meio bucal para os pacientes que passarão por transplante de medula óssea, hepático, renal, cardíaco, cirurgias cardíacas, radioterapia, quimioterapia, ou quando recomendado pela equipe médica.
- Reabilitação protética dos pacientes que sofreram mutilações faciais por cirurgias oncológicas ou outras causas.
- Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais: assistência odontológica, tanto restauradora quanto cirúrgica, sob anestesia local ou sedação/geral em centro cirúrgico, abordagens interprofissionais para realização de exames de imagem ou clínicos, viabilizando diagnóstico e tratamentos especializados.
- Tratamento cirúrgico ou uso de próteses/órteses para disfunções temporomandibulares, malformações congênitas e dores orofaciais.
- Atividades odontológicas preventivas e curativas em pacientes pertencentes aos grupos de crônicos acompanhados pelo hospital.

6.4.2 A inserção da odontologia em ambiente hospitalar e a gestão

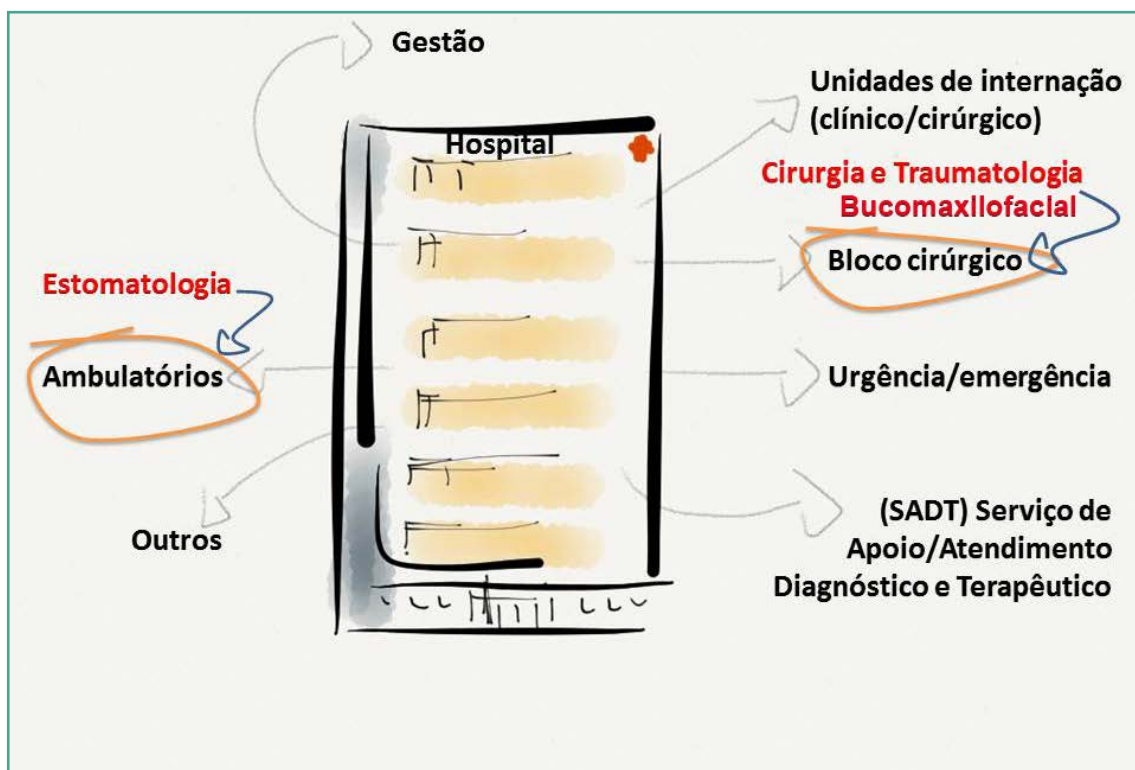
Quando tentamos visualizar a atuação da equipe de Odontologia dentro das unidades hospitalares, devemos ter em mente um contínuo de momentos que marcam esta trajetória. Não obstante estarmos ainda em percurso – posto das tensões pela busca do espaço intra-hospitalar, podemos didaticamente expor a inserção da Odontologia no hospital nas figuras a seguir (figuras 20 a 24).

Figura 20 – Organização hospitalar



Fonte: (WEBSTER; ANSCHAU, 2015).

Na Figura 20, encontramos um modelo de organização representando as unidades e os serviços hospitalares. Não deixando de ser simples, a figura visa trazer aspectos complexos da estrutura administrativa e assistencial de um hospital, além de apontar a existência de unidades não expostas aqui (outros). Vários momentos devem ser apontados na busca à regulação da Odontologia no ambiente hospitalar, como o espaço criado pela Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, já no ano de 1975, e pela Estomatologia (Figura 21).

Figura 21 – Organização hospitalar e a Odontologia Hospitalar (1º momento)

Fonte: (WEBSTER; ANSCHAU, 2015).

No SUS, a criação dos CEOs e a inserção dessa tecnologia nos hospitais foram passos consideráveis na construção de espaços da Odontologia. Os ambulatórios de especialidades intra-hospitalares, agora, com a interação com a equipe do CEO, trouxeram a figura do CD ainda mais presente. A inserção atualmente se dá com características também voltadas à prática da Odontologia especializada em pacientes com necessidades especiais (PNE). As características da população de PNE fizeram com que a Odontologia não mais prescindisse do ambiente em bloco cirúrgico e das técnicas de anestesia geral – claramente vinculadas ao atendimento intra-hospitalar. Desta forma, criamos aqui a necessidade de novos conhecimentos, tanto das condutas específicas do ambiente em bloco cirúrgico e da população PNE, como também dos aspectos que envolvem a gestão dos casos e dos processos inter-relacionados com a prática assistencial; chama-se aqui a atenção para a gestão financeira como exemplo.

A presença do CD nos espaços do hospital (tanto como consultor de especialidades quanto como membro de equipes multidisciplinares), bem como na sua atuação nos CEOs, gera proximidade com as equipes que tradicionalmente constituem o atendimento nestas instituições. À proximidade e ao trabalho transversal, associam-se

evidências científicas que apontam a necessidade da inserção dos odontólogos na assistência ao enfermo em ambiente hospitalar na busca da integralidade do cuidado. Em decorrência desse movimento, as consultorias (avaliação, diagnóstico e indicação de terapêutica) a pacientes internados passam a constituir parte do processo de trabalho dos odontólogos (Figura 22).

Figura 22 – Organização hospitalar e a Odontologia Hospitalar (2º momento)



Fonte: (WEBSTER; ANSCHAU, 2015).

Neste momento, encontramos a figura do odontólogo com sua atuação reconhecida nos processos de atenção ao paciente internado ou com necessidade de internação. No transcurso de um processo como este, os profissionais apropriam-se de rotinas e processos de trabalho diferentes da própria práxis, mas inerentes ao ambiente hospitalar; apropriação que gera, necessariamente, maturidade capaz de fomentar o início da etapa de organização/sistematização do Serviço de Odontologia Hospitalar (SOH). O SOH prescinde do espaço comum, da inobservância do contexto em que se insere, do espelhamento apenas por espelhamento de atendimentos por demanda espontânea em consultório odontológico, mas necessita de uma visão ampliada sobre as práticas e os protocolos na busca da promoção, da prevenção e da recuperação da saúde bucal como coisa intra-hospitalar. Este processo se dá com a inserção da equipe de Odontologia em:

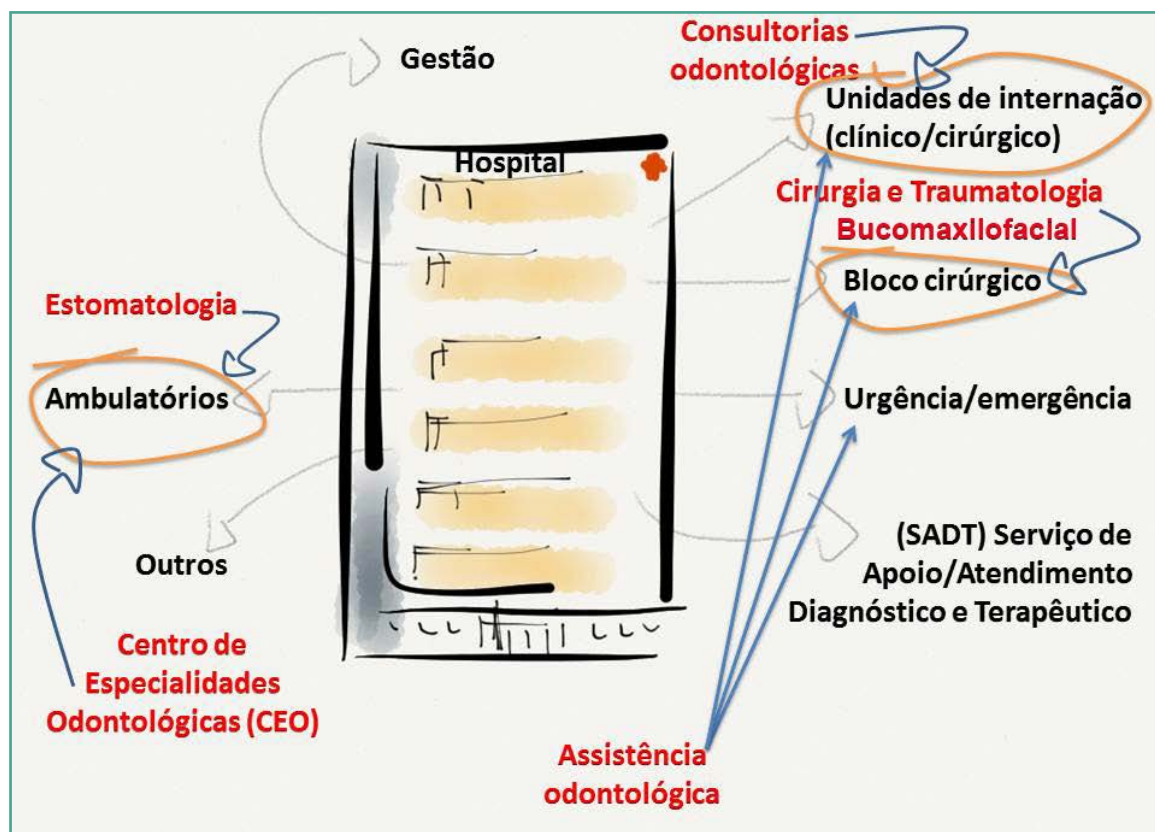
Ambulatório: consultório odontológico para atendimento de pacientes internados com condição de deslocamento.

Internação: espaços de convivência com atividade de prevenção e instrução de higiene oral, leitos com avaliação, encaminhamento, atividades de prevenção e intervenção, quando se faz necessária a reabilitação.

Centro cirúrgico: quando existe a necessidade de resolubilidade em sessão única sob anestesia geral, em pacientes internados ou com necessidade de internação.

Nesse contexto, podemos observar o início do SOH com identidade própria inserido no ambiente hospitalar (Figura 23).

Figura 23 – Organização hospitalar e a Odontologia Hospitalar (3º momento)

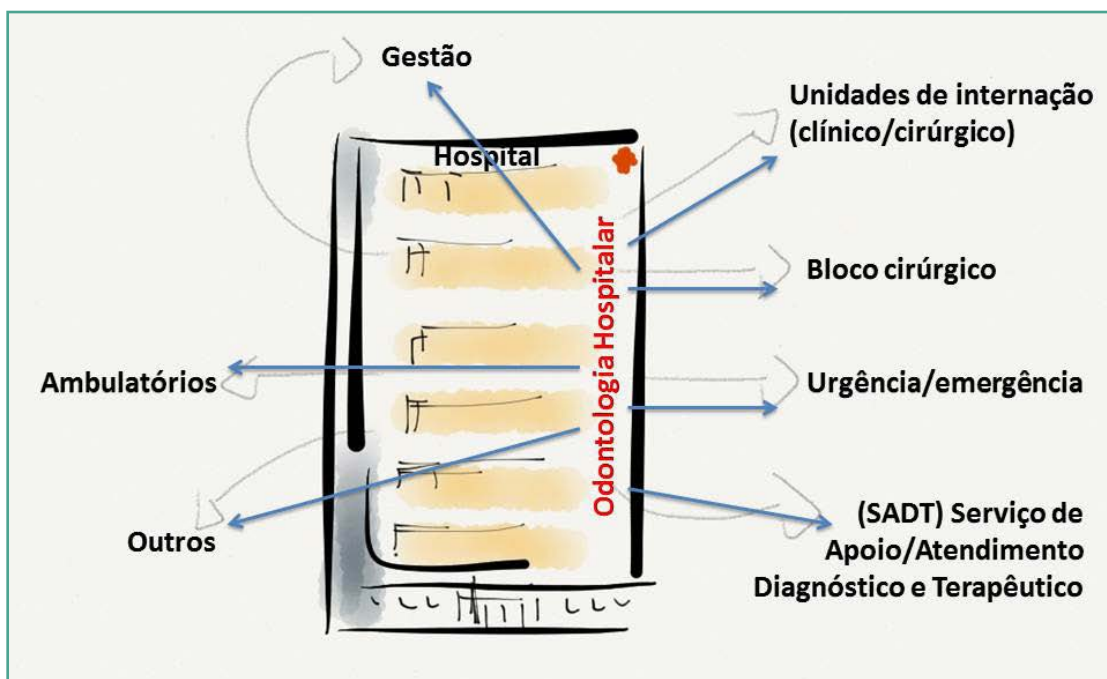


Fonte: (WEBSTER; ANSCHAU, 2015).

Importante é a reflexão sobre os rumos a serem tomados para que se possa equalizar, com maior propriedade, este “novo” ambiente – com suas necessidades de conhecimentos, regras, diretrizes, formas e condutas – à formação do profissional em Odontologia. Os questionamentos sobre as especialidades odontológicas no contexto hospitalar, quais são as diretrizes que regem a atuação do CD no hospital, bem como os princípios éticos e legais, devem ser mais bem estruturados.

O desenho almejado insere o odontólogo em todos os processos hospitalares da assistência à gestão hospitalar como um todo, perpassando a gestão dos serviços ligados à Odontologia (Figura 24).

Figura 24 – Organização hospitalar e a Odontologia Hospitalar (4º momento)



Fonte: (WEBSTER; ANSCHAU, 2015).

A Odontologia Hospitalar necessita de trabalho transversal por diferentes áreas do hospital e não deve se limitar apenas ao atendimento pontual característico da formação do odontólogo; formação esta que vem fundamentada no atendimento a pacientes que acessam o consultório e os processos gerenciais relacionados à clínica ambulatorial, em serviços públicos ou privados.

Apesar desta característica marcante à formação, excetuam-se a Cirurgia Bucomaxilofacial e a Estomatologia, como explicitado anteriormente, que já estão inseridas no processo de formação com algumas rotinas hospitalares; porém, timidamente no que se remete ao processo gerencial do hospital como um todo.

A busca de conhecimento para a inserção da Odontologia Hospitalar deve se dar com foco na sustentabilidade política e financeira da estratégia. A gestão em Odontologia Hospitalar remete o CD para um campo de atuação não só diferente, mas com atores que, em âmbito geral, desconhecem a necessidade da própria inserção da Odontologia. A discussão do tema para além do hospital, embasada e reforçada pelos direitos em saúde integral garantidos aos brasileiros por lei, nos conduz à abordagem das redes de atenção em saúde e à formulação de políticas de atenção à saúde que, por fim, também nos levarão à inserção da Odontologia no hospital.



7 PONTOS DE APOIO NA RUA

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica, que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

7.1 Laboratório Regional de Prótese Dentária

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral da saúde bucal, o Ministério da Saúde passou a financiar, a partir de 2005, o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD). Nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento; porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Saúde Bucal.

O LRPD é uma unidade própria do município, ou de consórcios intermunicipais, de natureza jurídica pública ou privada, que recebe recurso do Ministério da Saúde para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/intrarradicular fixa/adensiva.

Não há restrição quanto à natureza jurídica do LRPD, ou seja, o gestor municipal/estadual pode optar por terceirizar o serviço.



Saiba Mais:

No Cnes do LRPD, a secretaria municipal/estadual de saúde deverá informar mensalmente, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), a produção dos procedimentos de prótese. O instrumento de registro desses procedimentos é o BPA Individualizado (BPA-I).

Procedimento	Código SIGTAP
Prótese total maxilar	07.01.07.013-7
Prótese total mandibular	07.01.07.012-9
Prótese parcial maxilar removível	07.01.07.010-2
Prótese parcial mandibular removível	07.01.07.009-9
Prótese coronária/intrarradicular fixa/adesiva (por elemento)	07.01.07.014-5

Caso o LRPD seja privado e localizado em outro município, a produção desses procedimentos citados deverá ser informada no Cnes da unidade de saúde na qual foi incluído o serviço terceiro.

Para mais informações, acesse o *Manual Instrutivo de Monitoramento da Produção do LRPD*, disponível no site: <<http://dab.saude.gov.br>>.

7.2 Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

Para Mendes (2010), os serviços de apoio diagnóstico terapêutico são um dos componentes das redes, em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção, envolvendo serviços de diagnóstico por imagem, patologia clínica, entre outras ofertas.

Especificamente no caso dos CEOs, esses serviços de apoio fornecem radiografias panorâmicas, documentação ortodôntica e tomografias, a depender das especialidades oferecidas; porém, minimamente, deve haver a oferta das radiografias panorâmicas não somente para os centros de especialidades, mas para toda a rede de atenção em saúde bucal.



8 EMERGÊNCIAS MÉDICAS

O avanço da saúde bucal no SUS, no sentido do atendimento universal, e a elevação da expectativa de vida são fatores que contribuem para o aumento da diversidade de pacientes que procuram os serviços. Desta forma, o CD tem maior probabilidade de deparar-se com intercorrências médicas no dia a dia do atendimento. Portanto, é imprescindível que a equipe esteja preparada, com conhecimento acerca de manobras de suporte básico de vida, e os CEOs devem estar equipados para oferecer esse suporte quando necessário.

A ocorrência de emergências médicas em consultório odontológico é rara; no entanto, provoca desconforto na equipe por não fazer parte da rotina do atendimento. Por isso, todos os membros devem estar preparados para o manejo do paciente nessas situações.

A forma de abordar essas situações envolve a prevenção de tais ocorrências por meio da determinação do risco a que estará exposto o paciente, conforme seu grau de comprometimento de saúde e a complexidade do procedimento odontológico a ser realizado. Outro item importante é conhecer o histórico médico do paciente, ter à mão um *kit* básico de emergências médicas (máscara de ventilação e/ou ambu e desfibrilador externo automático – DEA) e uma equipe treinada para o uso adequado dos equipamentos e medicamentos necessários em situações dessa natureza. O número do telefone do Samu deve ser de conhecimento de todos e estar em local de fácil visualização. A equipe deve ser treinada a reconhecer as diversas situações de emergência e instituir uma conduta efetiva. Para isso, faz-se necessária a preparação da equipe para a gestão das situações de urgências médicas por meio da capacitação em suporte básico de vida, realizada periodicamente, e de cursos de atualização em emergências médicas destinados a suprir as necessidades de toda a equipe.



REFERÊNCIAS

AGUIAR, F. H. B. et al. Erosão dental-definição, etiologia e classificação. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 24, n. 1, p. 47-51, 2006.

AHOVUO-SALORANTA, A. et al. Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 1, Art. nº CD003067, 2016.
Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003067.pub4/full>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

ANDREASEN, J. O. et al. Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. **Dent. Traumatol.**, v. 28, n. 5, p. 345-350, 2012.

ANGLE, E. H. Classification of malocclusion. **Dental Cosmos**, v. 41, p. 248-264, 1899.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOPEDIATRIA. **Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria**. Vitória, 2009.

BEAUCHAMP, Jean et al. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 139, n. 3, p. 257-268, 2008.

BEECH, N. et al. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. **Aust. Dent. J.**, v. 59, n. 1, p. 20-28, Mar. 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, 31 maio 2013. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco**: manual técnico, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília, 2012.

_____. **Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 23 abr. 2018

_____. **Nota Técnica. Nº 01/2014** Brasília, 26 de dezembro de 2013.

_____. **Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2013**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/112975>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Matriciamento**: guia prático de matriciamento em saúde mental. Organizadora: Dulce Helena Chiaverini et al. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **3ª Conferência nacional de saúde bucal**: relatório final. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília, 2015. 136 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011b. Seção 1, p. 112.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 58, 24 mar. 2006a. Seção 1, p. 51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010**: resultados principais. 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010**: resultados principais. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013a. v. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Sistema de referência e contrarreferência: **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa. Pontos de atenção: **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS**. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**: 2013-2015. Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010**. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html>. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 2010.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2009, Seção 1, p. 3. 2009c.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

CARDOSO R. J. A; MACHADO, M .E. L. Hábitos e tratamento ortodôntico. In: _____. **Odontologia: arte e conhecimento**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. v. 2, p. 99-114.

CECÍLIO, L. C. O. ; MERHY, E. E.; “A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar”, Campinas (SP), 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-163, de 9 de novembro de 2015**. Conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do cirurgião-dentista habilitado a exercê-la.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011.

_____. O papel da Atenção Primária à Saúde na operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. In: _____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2015. Cap. 2, p. 27.

FEJERSKOV, O. **Fluorose dentária: um manual para profissionais de saúde**. São Paulo: Santos, 1994.

FIELDS, H. **Core curriculum for professional education in pain**. 2nd ed. Seattle: IASP, 1995.

FIGUEIREDO, N. et al. Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: GOES, P. S. A. e MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médica, 2012. p. 195-209.

FORTE, F. D. S.; BOSCO, V. L. Prevalência de mordida aberta anterior e sua relação com hábitos de sucção não nutritiva. **Pesq. Bras. Odontopediatria Clin. Integr.**, v. 1, n. 1, p. 3-8, jan./abr., 2001.

GALLI, Susane D'arc Barcelos Brito. **Avaliação pós-radioterápica de glândulas salivares maiores**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

GARBIN, C. A. S. et al. Aspectos atuais do tratamento restaurador atraumático. **RFO**, v. 13, n. 1, p. 25-29, 2008.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em município de grande porte de Santa Catarina. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, fev. 2014.

GOES, P. S. A. et al. **Gestão da prática em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

JOHNSON, N. W. et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. **Adv. Dent. Res.**, v. 23, n. 2, p. 237-246, May 2011.

KEELING, S. D. et al. Risk factors associated with temporomandibular joint sounds in children 6 to 12 years of age. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 105, n. 3, p. 279-287, Mar. 1994.

KRIGER, L. **Odontologia baseada em evidências / intervenção mínima em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2016. (Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Temas Interdisciplinares).

LE RESCHE, L. Epidemiology of Temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. **Crit. Rev. Oral. Biol. Med.**, v. 8, p. 291-305, 1997.

LIMA, D. C.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S. Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. **RGO**, v. 56, n.1, p. 75-79, 2008.

LOFFREDO, L. C. M.; FREITAS, J. A. S.; GRIGOLLI, A. A. G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994 no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 571-575, 2001.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de saúde bucal**. Londrina, 2009. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolo_saude_bucal/protocolo_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

LUIZ, Ana C. et al. Alterações bucais e cuidados orais no paciente transplantado de medula óssea. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** [serial on the Internet], v. 30, n. 6, p. 480-487. Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842008000600012&lng=en>. Acesso em: 27 Oct. 2014. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842008000600012>>.

MANFREDINI, D. et al. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 112, p. 453-462, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en>. Acesso em: 22 Apr. 2016. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>.

MEURMAN, J. H.; TEN CATE, J. M. Pathogenesis and modifying factors of dental erosion. **Eur. J. Oral Sci.**, v. 104, n. 2, p. 199-206, 1996. Part 2.

MONDIN, E. M. C. Interações afetivas na família e na pré-escola. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 131-138, 2005.

MOSELEY, R. et al. The influence of fluoride exposure on dentin mineralization using an in vitro organ culture model. **Calcified Tissue International**, v. 73, n. 5, p. 470-475, 2003.

MOSSEY, PA; Little, J; e t al. Cleft lip and palate. **The Lancet**, v. 374, Issue 9703, n. 21-27, p. 1773-1785, Nov. 2009.

_____. et al. Fluorose dental: ficção epidemiológica?. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 12, n. 5, p. 339-346, 2002.

MOYSÉS, S. J. Saúde Coletiva: Políticas, **Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. **Int. Dent. J.**, v. 63, n. 5, p. 237-243, 2013.

_____. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.

NUNES, O. B. C. et al. Avaliação clínica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em crianças assentadas do Movimento Sem-terra. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, v. 15, n. 1, p. 23-31, 2003.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, p. 297-302, 2005.

OSTERNE, R. L. et al. Saúde bucal em portadores de neoplasias malignas. Estudo clínico e epidemiológico e análise de necessidades odontológicas de 421 pacientes. **Revista Brasileira de Cacerologia**, v. 54, n. 3, p. 221-226, 2008.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2016.

PALMIER et al. **Saúde bucal**: aspectos básicos e atenção ao adulto. Belo Horizonte: NESCON/UFGM Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

PARANAÍBA, L. M. R. et al. Técnicas cirúrgicas correntes para fissuras lábio-palatinas, em Minas Gerais, Brasil. **Braz. J. Otorhinolaryngol**, n.75, p. 839-843, 2009.

PEDRUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 661-669, 2005.

PINTO V. G. Planejamento. In: _____. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000. Cap. 2. p. 8-30.

_____. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. Oral Health Policies in Brazil. **Braz. Oral Res.**, v. 23, p. 9-16, 2009.

ROSA, A. G. F. et al. **O que fazer nos municípios?**. Rio de Janeiro: Rede CEDROS; 1992. (Cadernos de Saúde Bucal, v. 1).

SANZI, D. Gestão do Processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde. In: GOES, P. S. A. e MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médica, 2012. p. 125-134.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, p. 98, 2015.

SHAH, N.; BANSAL, N.; LOGANI, A. Recent advances in imaging technologies in dentistry. **World J. Radiol.**, v. 6, n. 10, p. 794-807, 28 Oct 2014. doi: <10.4329/wjr.v6.i10.794>.

SILVA FILHO, O. G. et al. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de bauru (São paulo). Parte II: influência da estratificação sócio-econômica. **Revista de Odontologia da Univers. de São Paulo**, São paulo, v. 4, n. 3, p. 189-196, 1989.

SILVA FILHO, O. G; FREITAS, J.A.S. Caracterização morfológica e origem embriológica. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Livraria Santos, 2007. p. 17-50.

SIQUEIRA, S. R. D. T. et al. Levantamento epidemiológico de dor na clínica do SESC, Santo André, Brasil. **Rev. Dor.**, v. 9, n. 2, p. 1225-1233, 2008.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e Prática de Medicina Oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

SOUZA, Djalmo Sanzi. Gestão do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, Gestão e Avaliação de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 133.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SUVINEN, T. I. et al. An 8-year follow-up study of temporomandibular disorder and psychosomatic symptoms from adolescence to young adulthood. **J. Orofac. Pain**, v.18, n. 2, p. 126-130, Spring 2004.

TAGLIAFERRO, E. P. S. et al. Análise de custo-efetividade de métodos preventivos para superfície oclusal de acordo com o risco de cárie: resultados de um ensaio clínico controlado. **Cad. Saúde Pub.**, v. 29, n. 1, 2013.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 2. (Série Saúde & Cidadania).

TEIXEIRA, C. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA; 2010.

TENUTA, L. M.; CHEDID, S. J.; CURY, J. A. Uso de fluoretos em Odontopediatria: mitos e evidências. In: MAIA, L. C.; PRIMO, L. G. **Odontopediatria Clínica Integral**. São Paulo: Santos, 2011.

THELIN, W. R. et al. The oral mucosa as a therapeutic target for xerostomia. **Oral Dis.**, v. 14, n. 8, p. 683-689, Nov. 2008.

THUROW, L. L. et al. Planejamento, Avaliação e Monitoramento das Práticas Odontológicas na Rede Básica Municipal de Pelotas/RS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2014**: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, 2015. p. 95-101. Disponível em <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/innovasus-2014-isbn.pdf>>. Acesso em: 16.8.2016.

VASCONCELOS, E. M.; FRATUCCI, V. B. **Práticas de Saúde Bucal**. 2014. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf>. Acesso em: 6 out. 2014.

VERDONCK, A. et al. The prevalence of cardinal TMJ dysfunction symptoms and its relationship to occlusal factors in Japanese female adolescents. **J. Oral Rehabil.**, v. 21, n. 6, p. 687-697, Nov. 1994.

WEBSTER, Jacqueline; ANSCHAU, Fernando. Atendimento odontológico ao paciente em nível hospitalar e seu papel na rede de atenção do SUS. In: MORAIS, Teresa Márcia; SILVA, Antonia. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/ UTI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Cap. 37, p. 367.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health resources in the world**: initial results of Projet Atlas. Geneva, abr. 2001. (Fact Sheet, nº 260)

_____. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/4/WHR_2001_por.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

YENGOPAL, V. et al. Caries preventive effect of glass ionomer and resine-based fissure sealants on permanente teeth: a meta analysis. **J. Oral Sci.**, v. 51, n. 3, p. 373-382, 2009.

ZUANON, A. C. C. et al. Relação entre hábitos bucal e maloclusão na dentadura decídua. **Jornal Brasileiro Odontopediatria e Odontologia do bebê**. Curitiba, v. 3, n. 12, p. 104-108, 2000.

Anexo A - Posologia da Profilaxia Antibiótica Cardiopatia

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	MEDICAÇÃO	DOSE ÚNICA 30 A 60 MINUTOS ANTES DO PROCEDIMENTO	
		ADULTO	CRIANÇA
Oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
Oral Alérgico à penicilina ou à ampicilina	Cefalexina	2 g	50 mg/kg
	Clindamicina	600 mg	20 mg/kg
	Azitromicina	500 mg	15 mg/kg
Parenteral (IM ou IV)	Ampicilina	2 g	50 mg/kg
	Cefazolina	1 g	50 mg/kg
Parenteral (IM ou IV) Alérgico à penicilina ou à ampicilina Alérgico à penicilina ou à ampicilina	Cefazolina	1 g	50 mg/kg
	Clindamicina	600 mg	20 mg/kg

Fonte: Autoria própria.

Anexo B - Índice DAI (Dental Aesthetic Index Ou Índice Dental Estético) - Protocolos de Referência (Ubs/Ceo) para Ortodontia

O Índice Dental Estético (Dental Aesthetic Index – DAI) foi formulado em 1986, na Universidade de Iowa, com o objetivo de fazer mensurações estéticas e oclusais, minimizando percepções subjetivas de profissionais e pacientes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou a utilização do DAI, para que houvesse um instrumento apto a colher informações em caráter epidemiológico, sendo este índice utilizado em pesquisas epidemiológicas realizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Por meio de procedimentos estatísticos de análise de regressão, encontrou-se, para cada um dos dez componentes, um coeficiente de regressão (peso) dentro de uma equação, à qual foi adicionada ainda uma constante (Figura 1), obtendo-se um escore para o DAI.

Figura 1 – Componentes oclusais considerados no DAI e respectivos coeficientes de regressão. Segue a, equação para obtenção do seu valor

COMPONENTES DO <i>DENTAL AESTHETIC INDEX</i> (DAI)	PESO
Dentição (dentes ausentes visíveis – DAV)	6
Apinhamento no segmento incisal (API)	1
Espaçamento no segmento incisal (ESP)	1
Diastema Incisal (DI)	3
Desalinhamento Maxilar Anterior (DMXA)	1
Desalinhamento Mandibular Anterior (DMDA)	1
<i>Overjet</i> Maxilar Anterior (OMXA)	3
<i>Overjet</i> Mandibular Anterior (OMDA)	4
Mordida Aberta Vertical Anterior (MAA)	4
Relação Molar Ântero-Posterior (RMAP)	3
$\text{DAI} = (\text{DAV} \times 6) + (\text{API}) + (\text{ESP}) + (\text{DI} \times 3) + (\text{DMXA}) + (\text{DMDA}) + (\text{OMXA} \times 3) + (\text{OMDA} \times 4) + (\text{MAA} \times 4) + (\text{RMAP} \times 3) + 13$	

Fonte: Adaptado Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010 (2011).

Os dez componentes do DAI são determinados quanto à sua ausência ou presença e, naqueles que são medidos milimetricamente, utiliza-se uma sonda periodontal CPI (OMS). Para a dentadura mista, a OMS propõe uma adaptação nesta medição, que considera variações decorrentes do desenvolvimento da oclusão nos componentes “dentes ausentes visíveis”, “espaçamento dos segmentos anterior” e “relação molar”.

1. Dentição

As condições da dentição são expressas pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos que causam problemas estéticos, no arco superior e no arco inferior. O valor a ser registrado corresponde ao número de dentes perdidos. Dentes perdidos não devem ser considerados quando o seu respectivo espaço estiver fechado, o decíduo correspondente ainda estiver em posição, ou se a(s) prótese(s) estiver(em) instalada(s).

2. Apinhamento no Segmento Incisal

O segmento é definido de canino a canino, em cada arco. Considera-se apinhamento quando há dentes com giroversão ou mal posicionados no arco. Não se considera apinhamento quando os quatro incisivos estão adequadamente alinhados e um ou ambos os caninos estão deslocados. 0- sem apinhamento; 1- apinhamento em um segmento; 2- apinhamento em dois segmentos.

3. Espaçamento no Segmento Incisal

São examinados os arcos superior e inferior. Há espaçamento quando a distância intercaninos é suficiente para o adequado posicionamento de todos os incisivos e ainda sobra espaço e/ou um ou mais incisivos têm uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental. 0- sem espaçamento; 1- espaçamento em um segmento; 2- espaçamento em dois segmentos.

4. Diastema Incisal

É definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em milímetros medido com a sonda CPI.

5. Desalinhamento Maxilar Anterior

Podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os quatro incisivos superiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em milímetros, com a sonda CPI, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento.

6. Desalinhamento Mandibular Anterior

O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior.

7. *Overjet* Maxilar Anterior

A relação horizontal entre os incisivos é medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao plano oclusal. O *overjet* é a distância, em milímetros, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. O *overjet* maxilar não é registrado se todos os incisivos (superiores) foram perdidos ou se apresentaram mordida cruzada lingual. Quando a mordida é do tipo “topo a topo”, o valor é zero.

8. *Overjet* Mandibular Anterior

O *overjet* mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o *overjet* maxilar. Não são levadas em conta (sendo, portanto, desconsideradas) as situações em que há giroversão de incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento.

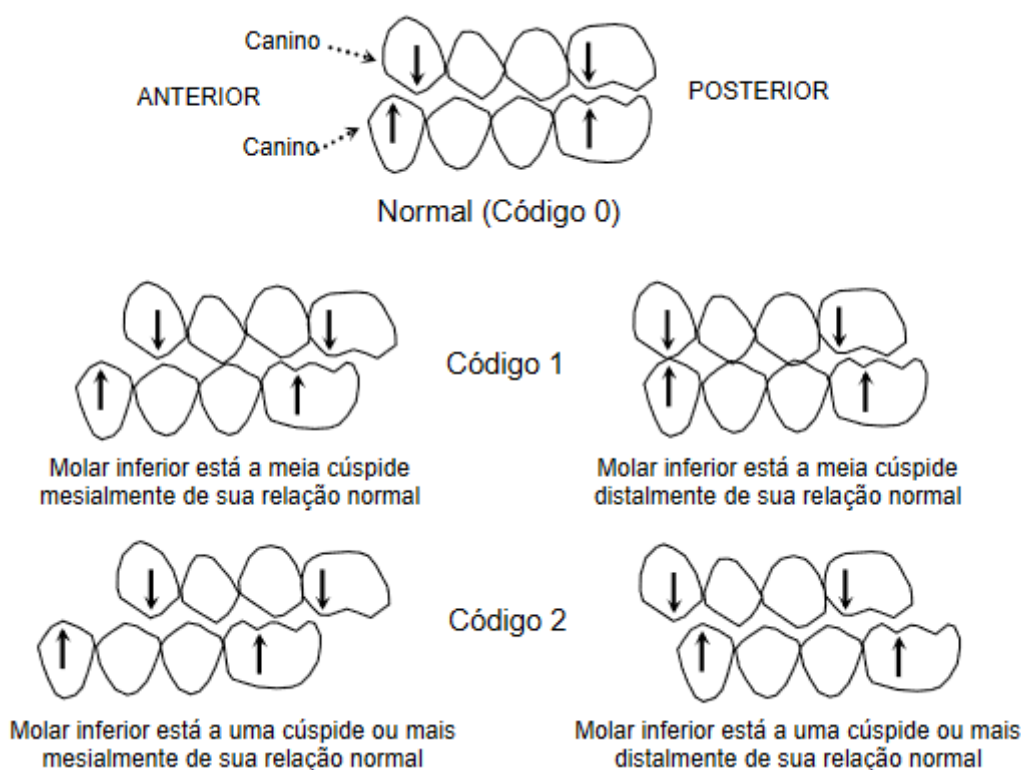
9. Mordida Aberta Vertical Anterior

Se há falta de trespasse vertical entre incisivos opostos, caracteriza-se uma situação de mordida aberta. O tamanho da distância entre os bordos incisais é medido com a sonda CPI e o valor, em milímetros, registrado.

10. Relação Molar Ântero-Posterior

A avaliação é baseada na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não completamente erupcionados, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados (Figura 2):

Figura 2 – Avaliação da relação molar ântero-posterior



Fonte: Adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010 (2011).

As medidas lineares podem ser tomadas em modelos de estudo ou em boca, sendo registrados os componentes em uma ficha, para, em seguida, multiplicá-los por seus respectivos pesos (Figura 1). Só então esses resultados devem ser somados aos códigos que caracterizam os demais componentes, obtendo-se, ao final, o escore DAI. Dependendo do escore obtido, o DAI fornece quatro possibilidades de desfecho, segundo a gravidade da maloclusão e a respectiva necessidade do tratamento ortodôntico (Figura 3).

Em seguida, a atuação pelos profissionais de acordo com a necessidade de tratamento ortodôntico (Figura 4).

Figura 3 – Escores do DAI distribuídos de acordo com a severidade da maloclusão e da necessidade de tratamento ortodôntico.

ESCORES DO DAI	NÍVEIS DE GRAVIDADE	NÍVEIS DE NECESSIDADE DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO
< 25 (grau1)	Oclusão normal ou maloclusão leve	Nenhuma ou pequena necessidade de tratamento
26-30 (grau2)	Maloclusão definida	Necessidade eletiva de tratamento
31-35 (grau 2)	Maloclusão grave	Necessidade altamente desejável
≤ 36 (gau 4)	Maloclusão muito grave ou incapacitante	Necessidade imprescindível

Fonte: Autoria própria.

Figura 4 – Atuação clínica segundo a necessidade do tratamento ortodôntico, de acordo com os escores obtidos do DAI.

ESCORES DO DAI	ATUAÇÃO CLÍNICA SEGUNDO A NECESSIDADE DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO
Grau 1	Acompanhamento da evolução da oclusão pelo cirurgião-dentista.
Grau 2	Atuação ou não atuação, determinada pela demanda de pacientes.
Grau 3	Atuação direta do cirurgião-dentista ou encaminhamento ao especialista em Ortodontia, respeitando critérios estabelecidos no Protocolo de Atuação.
Grau 4	Encaminhamento ao especialista em Ortodontia.

Fonte: Autoria própria.

Anexo C - Requisição de Exame Anátomo- Patológico

REQUISIÇÃO DE EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO N.º

Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Raça: _____ Profissão: _____

Data: ____/____/____ Número do Prontuário: _____

Operadores: _____ () Diagnóstico Bucal () Externo _____

Características da amostra:

Pedido () Anatomopatológico () Citológico

Em caso de anátomo-patológico assinalar: () Biópsia Excisional () Biópsia Incisional

Fixador utilizado () Solução de Formol a 10% () Álcool _____ Concentração () Outro: _____

Localização: () Óssea () Mucosa (em caso de lesão óssea obrigatoriamente anexar RX)

Lesão Fundamental:

() mancha () placa () pápula () nódulo () massa nodular () atrofia () erosão () úlcera () vesícula () bolha () pústula

Tamanho (em mm) _____

Coloração: () rósea () esbranquiçada () acastanhada () violácea/vinhosa () amarelada () negra () avermelhada () azulada

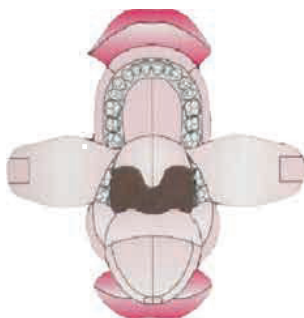
Consistência: () macia () elástica () fibrosa () firme/endurecida () óssea

Inserção: () pediculada () séssil **Sintomatologia** () ausente () presente **Tempo de evolução:** _____

Descrever aspecto radiográfico quando aplicável _____

Informações do histórico médico, medicamentos, dados do trans-operatório e outras informações complementares:

Desenhe nos diagramas abaixo a correta localização, forma e tamanho aproximado da lesão:



Exame anátomo-patológico anterior (resultados e numeração) _____

Hipóteses diagnósticas _____

Assinatura do requisitante

ISBN 978-85-334-2629-0



9 788533 426290

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



MINISTÉRIO
DA SAÚDE