

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE UBERABA

**PROTOCOLO CLÍNICO
E DE FLUXO**

ATENÇÃO PRIMÁRIA

2020



**PREFEITURA DE
UBERABA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA

Prefeito Municipal
Paulo Piau Nogueira

Secretário Municipal de Saúde
Iraci José Neto

Secretário Adjunto de Saúde
Luciano Correa de Paiva

Diretora da Diretoria de Atenção à Saúde
Elaine Teles Vilela

Diretor da Diretoria de Auditoria e Regulação
Luís Gustavo Rimoli

Chefe do Departamento de Saúde Bucal
Marcia Helena Destro Nomelini

EQUIPE TÉCNICA

Primeiro Momento

Viviane Miranda Bartonelli

Participação de todos os Cirurgiões Dentistas da Rede de Pública de Saúde do município de Uberaba que estavam atuando no ano de 2012.

Segundo Momento

Comissão de Odontologia

Abadia Cartafina Perez Borges

Cintia Lemes

Cristina Stark Rezende Higino

Elielma Helena de Lima Ribeiro

Heloisa Dal Secco Nobrega de Oliveira

Patrícia Batista Batistuta Manzi de Oliveira

Revisores

Cintia Lemes – Cirurgiã Dentista da Atenção Primária

Cristina Stark Rezende Higino– Cirurgiã Dentista da Atenção Primária

Christiano Silva Sallum - Auditor

Siglário

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Atenção Domiciliar

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome

APS – Atenção Primária à Saúde

ART – Atraumatic Restorative Treatment

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

ATM – Articulação Têmporo Mandibular

CC – Cardiopata Congênita

CD – Cirurgião Dentista

CEMEI - Centro Municipal de Educação Infantil

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

DAB – Departamento de Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HPV - Human Papiloma Virus

MS – Ministério da Saúde

PA – Hidróxido de Cálcio Pro análise

PA – Pressão Arterial

PCFSB – Protocolo Clínico e de Fluxo em Saúde Bucal

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSE – Programa Saúde na Escola

PSR – Registro Periodontal Simplificado

RPTC – Remoção Parcial de Tecido Cariado

RT – Responsável Técnico

SB – Saúde Bucal

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SISAB -Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tratamento Completo

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, através do Departamento de Saúde Bucal e com a colaboração dos profissionais de saúde bucal da rede municipal, vem apresentar os Protocolos de Atenção à Saúde Bucal de Uberaba: Protocolo Clínico e de Fluxo da Atenção Primária; Protocolo Clínico da Atenção Secundária e Protocolo de Urgência e Emergência.

A elaboração destes protocolos vem atender à necessidade de organização do serviço através de condutas embasadas cientificamente, com ações estruturadas segundo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade e da Política Nacional de Saúde Bucal tais como gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, possibilitando o alcance dos usuários à promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Dentre os pressupostos do modelo de atenção em saúde bucal vigente e em consonância com o trabalho aqui proposto podem ser ressaltados a garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços, integralidade nas ações de saúde bucal, planejamento das ações subsidiado pela epidemiologia e informações do território onde se desenvolve a prática de saúde.

A padronização de rotinas, condutas diagnósticas, terapêuticas e de acolhimento dos usuários na atenção em saúde bucal, vem de encontro à melhoria da qualidade nas ações e serviços, definição de prioridades, humanização do atendimento, otimização dos custos e resolubilidade nas ações.

O estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas visa evitar encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção assim como instrumentalizar a prática clínica e de gestão relativas às principais especialidades odontológicas. Sendo assim é essencial que as equipes de saúde bucal estejam organizadas para disponibilizar aos usuários o acesso aos serviços, promover a melhoria na atenção, a longitudinalidade do cuidado com o acompanhamento da evolução dos tratamentos e melhorar a cobertura dos serviços de saúde bucal.

Esses protocolos não tem pretensão de ser conclusivo, trata-se de uma referência técnica e científica capaz de levar as informações básicas, fundamentais à organização das ações de saúde bucal no Município e pretende-se que seja alterado conforme as mudanças necessárias para melhor enfrentamento possível dos problemas e das demandas existentes.

Iraci José de Souza Neto
Secretário Municipal de Saúde de Uberaba

Sumário

| | |
|---|----|
| Siglário..... | 3 |
| Apresentação..... | 5 |
| Introdução..... | 10 |
| 1 - Atenção Básica em Saúde Bucal..... | 14 |
| 1.1. Indicadores de saúde bucal..... | 14 |
| 1.2. As atribuições específicas do Cirurgião Dentista na Atenção Básica..... | 14 |
| 1.3. As atribuições específicas do Auxiliar em Saúde Bucal na Atenção Básica..... | 15 |
| 2 - Principais agravos em Saúde Bucal..... | 17 |
| 2.1. Cárie Dentária..... | 17 |
| 2.2. Doença Periodontal..... | 21 |
| 2.3. Alterações dos tecidos moles e câncer bucal..... | 22 |
| 3 - Classificação de Risco em Saúde Bucal..... | 30 |
| 3.1. Risco 1 (R1)..... | 30 |
| 3.2. Risco 2 (R2)..... | 30 |
| 3.3. Risco (R3)..... | 30 |
| 4 - Atividades Coletivas e Programa Saúde na Escola..... | 32 |
| 4.1. Ações em Escolas, CEMEI's e Creches..... | 32 |
| 4.2. Cronograma para Atividades Coletivas em Escolas, CEMEI's e Creches..... | 35 |
| 4.3. Orientação aos professores/usuários da UBS sobre traumatismo dentário..... | 35 |
| 5 – Preceptoria..... | 37 |
| 5.1. Atividades na unidade de saúde..... | 37 |
| 5.2. Atividades extra muro..... | 37 |
| 6 - Organização da Agenda de Trabalho..... | 39 |
| 6.1. Consulta Clínica..... | 39 |
| 6.2. Consulta domiciliar:..... | 39 |
| 6.3. Grupo Operativo..... | 40 |
| 6.4. Educação permanente..... | 40 |
| 6.5. Reunião de equipe..... | 40 |
| 6.6. Programa Saúde na Escola - vide capítulo 4..... | 41 |
| 6.7. Programa de Educação pelo Trabalho..... | 41 |
| 6.8. Preceptoria - vide capítulo 5..... | 41 |
| 6.9. Alimentação do Sistema de Informação (e-SUS)..... | 41 |
| 7 - Acolhimento e Formas de Acesso..... | 42 |
| 7.1. Acolhimento..... | 42 |

| | |
|---|-----|
| 7.2. Acesso | 42 |
| 8 - Normatização da Primeira Consulta Odontológica Programática | 46 |
| 8.1. Primeira consulta odontológica programática: | 46 |
| 9 - Procedimentos Individuais Preventivos | 51 |
| 9.1. Orientações | 51 |
| 9.2. Evidenciação de placa (a critério do profissional) | 52 |
| 9.3. Escovação supervisionada | 52 |
| 9.4. Profilaxia | 52 |
| 9.5. Selantes baseados na técnica do Tratamento Restaurador Atraumático | 52 |
| 9.6. Aplicação tópica de flúor | 53 |
| 10 - Atendimento à Gestante | 55 |
| 10.1. Sugestão de organização do processo de trabalho em equipe..... | 55 |
| 10.2. Ações coletivas e educativas..... | 57 |
| 10.3. Educação em Saúde Bucal para gestantes..... | 57 |
| 10.4. Alterações sistêmicas relacionadas à gestação | 58 |
| 10.5. Atenção Odontológica | 61 |
| 11 - Pacientes que Requerem Cuidados Adicionais..... | 67 |
| 11.1. Diabete Melito | 67 |
| 11.2. Portadores de doença cardiovascular | 69 |
| 12 - Odontopediatria na Atenção Básica | 74 |
| 12.1. Odontologia para bebê..... | 74 |
| 12.2. Odontologia para criança na Atenção Básica - Condutas..... | 80 |
| 13 - Tratamento Restaurador na Atenção Básica..... | 103 |
| 13.1. Restaurações de resina composta..... | 103 |
| 13.2. Restaurações de Amálgama | 104 |
| 13.3. Capeamento pulpar indireto..... | 104 |
| 13.4. Tratamento Restaurador Atraumático | 105 |
| 14 - Periodontia na Atenção Básica..... | 111 |
| 14.1. Características do tecido gengival saudável..... | 111 |
| 14.2. Classificação das doenças do periodonto | 111 |
| 14.3. Controle da placa bacteriana | 114 |
| 14.4. Exame clínico periodontal | 114 |
| 14.5. Tratamento..... | 115 |
| 15 - Cirurgia na Atenção Básica..... | 117 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 15.1. | Consulta inicial | 117 |
| 15.2. | Conduas | 118 |
| 16 - | Urgência e Emergência | 121 |
| 16.1. | Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) | 122 |
| 16.2. | Pulpite..... | 123 |
| 16.3. | Pericementite / Periodontite | 124 |
| 16.4. | Flare-up | 125 |
| 16.5. | Pericoronarite | 126 |
| 16.6. | Alveolite | 126 |
| 16.7. | Hemorragia..... | 127 |
| 16.8. | Abscesso | 128 |
| 16.9. | Celulite: | 133 |
| 16.11. | Trismo após atendimento odontológico | 136 |
| 16.12. | Traumatismo dentoalveolar | 137 |
| 16.13. | Traumatismo do osso de sustentação | 147 |
| 16.14. | Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda..... | 149 |
| 16.15. | Gengivo Estomatite Herpética Aguda..... | 150 |
| 17 - | Terapêutica Medicamentosa..... | 152 |
| 18 - | Manual de Normas e Rotinas do Consultório Odontológico | 158 |
| 18.1. | Justificativa..... | 158 |
| 18.2. | Objetivos | 159 |
| 18.3. | Identificação e caracterização dos serviços odontológicos..... | 159 |
| 18.4. | Responsável Técnico | 160 |
| 18.5. | Equipe de saúde bucal..... | 160 |
| 18.6. | Caracterização dos aspectos ambientais dos serviços odontológicos | 160 |
| 18.7. | Terminologias adotadas para efeito deste manual | 161 |
| 18.8. | Normas e rotinas para o atendimento | 162 |
| 18.9. | Rotina para drenagem de compressor | 174 |
| 18.10. | Rotina para limpeza e desinfecção terminal da sala odontológica..... | 175 |
| 18.11. | Rotina para controle, armazenamento e reposição de estoque | 175 |
| 18.12. | Rotina para registro de manutenção preventiva / corretiva | 176 |
| 18.13. | Rotina após acidente com mercúrio | 176 |
| 18.14. | Rotina após acidente com material perfuro cortante | 177 |
| 19 - | Normas e Rotinas para a Central de Materiais e Esterilização | 178 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 19.1. | Justificativa..... | 178 |
| 19.2. | Rotina para a área contaminada | 179 |
| 19.3. | Rotina para a área limpa | 181 |
| 19.4. | Rotina para a limpeza, desinfecção e organização | 185 |
| 19.5. | Rotina para registro de manutenção preventiva / corretiva | 186 |
| 19.6. | Teste biológico após conserto da autoclave | 187 |
| 19.7. | Armazenamento dos artigos esterilizados | 188 |
| 20 - | Normas e Rotinas para o Gerenciamento de Resíduos Odontológicos | 189 |
| 20.1. | Justificativa..... | 189 |
| 20.2. | Resíduos produzidos em decorrência do atendimento odontológico..... | 190 |
| 20.3. | Tipos de resíduos odontológicos gerados e quantidade por grupo | 190 |
| 20.4. | Descrição das etapas do gerenciamento para cada grupo de resíduos | 191 |
| 20.5. | Coleta e transporte externo, tratamento e disposição final | 192 |
| 21 - | Protocolos de Fluxos..... | 194 |
| 21.1. | Cirurgia..... | 196 |
| 21.2. | Endodontia..... | 199 |
| 21.3. | Lesões de mucosa bucal e ossos maxilares | 202 |
| 21.4. | Odontopediatria | 205 |
| 21.5. | Pacientes com necessidades especiais | 207 |
| 21.6. | Periodontia..... | 210 |
| | Referências Bibliográficas | 213 |
| | Anexos | 222 |
| | Anexo I – PSE – Informativos aos pais ou responsáveis do aluno..... | 222 |
| | Anexo II – Comunicado ao paciente faltoso | 223 |
| | Anexo III – Consultório - Orientações..... | 224 |
| | Anexo V - Identificação dos diferentes tipos de resíduos odontológicos | 233 |

Introdução

O presente documento tem por finalidade estabelecer as linhas gerais que subsidiarão as ações de saúde bucal na Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba – MG nos diferentes níveis de atenção em que o sistema municipal de saúde é organizado, tem objetivo de organizar o processo de trabalho e os de fluxos da rede, padronizar normas e rotinas de biossegurança, uniformizar os atendimentos, oferecer uma assistência resolutiva, assegurar o acesso e qualificar as ações de saúde, principalmente, o cumprimento do princípio constitucional de saúde, enquanto direito de cidadania, assim como os demais princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

As proposições nele contidas encontram amparo nas normativas do SUS, especialmente na Lei Federal nº 8080, de 19 setembro de 1990; na Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, na qual o principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do SUS; nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorganização do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais; na Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde; no Decreto Presidencial 7.508, de 28 de junho de 2011; nas Portarias nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006 (define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelece critérios, normas e requisitos para o seu credenciamento); nº 750/GM/MS, de 10 de outubro de 2006 (normas de cadastramento das Equipes da Estratégia Saúde da Família nos tipos: Equipe de Saúde da Família; Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal e Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde); nº 154 de 15 de maio de 2009 (inclui na tabela de Tipo de Equipes do Sistema de Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (SCNES) EACSSB M1e EACSSB M2); nº 2.372/GM/MS de 7 de outubro de 2009 (cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família); nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 (aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde); nº 3.012/GM/MS, de 26 de dezembro de 2012 (redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica); nº 17/SAS/MS, de 15 de janeiro de 2013 (inclui na tabela de tipo de Equipe SCNES, Equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de Saúde Bucal e a composição mínima de profissionais para o “Serviço Especializado 101” da Estratégia Saúde da Família); na Resolução CIT nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de agosto de 2017; na Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a reorganização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

Esse protocolo foi elaborado com base em levantamento de evidências científicas, em portarias do Ministério da Saúde e em critérios utilizados no dimensionamento das necessidades em saúde, de eficácia, de segurança e de resolubilidade que propiciam a base para um atendimento humanizado e efetivo; assim como as condições fundamentais para promoção e desenvolvimento da saúde bucal no contexto de integralidade do cuidado.

O processo de construção iniciou-se no mês de março de 2012 em diversos momentos, por intermédio da Comissão de Saúde Bucal, dos profissionais que atuam nos dois níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde e dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. O trabalho passou por períodos de latência no qual esteve estagnado e até suspenso de acordo com a gestão vigente naquela época quando então se fez necessária a sua conclusão. A partir de um diagnóstico situacional, levantamento e descrição dos problemas, identificação dos nós críticos, governabilidade para a solução desses nós, percebeu-se a necessidade da elaboração de protocolos como solução para a organização dos serviços e padronização da atenção em saúde bucal no município. Não havia parâmetros, critérios nem fluxos de atendimento.

Nessa primeira etapa foram iniciados e definidos os critérios para a Referência e Contrarreferência, da atenção primária para a atenção secundária que contemplava os requisitos básicos para referência, definindo os critérios de inclusão e exclusão, as recomendações sobre os procedimentos a serem realizados pela atenção primária antes do encaminhamento e as recomendações para a contrarreferência em cada especialidade dos serviços de saúde bucal oferecidos pelo município.

Para a implantação do protocolo é fundamental seu monitoramento, acompanhamento e avaliação com possibilidades de adequação, bem como a educação permanente dos profissionais envolvidos. Os materiais devem ser constantemente avaliados de acordo com a realidade de aplicação, além de receber acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas o que permite que o processo de trabalho seja dinâmico, eficaz e com sustentabilidade.

A construção foi um processo longo que percorreu as duas últimas gestões municipais. A princípio todos os profissionais foram reunidos e o trabalho dividido entre os diversos assuntos.

A partir de 2017 a comissão de saúde bucal representante da categoria foi convidada pelo Departamento de Saúde Bucal a retomar esse trabalho com a finalidade de reunir todo o material elaborado em conjunto para sua revisão, complementação, articulação e conclusão.

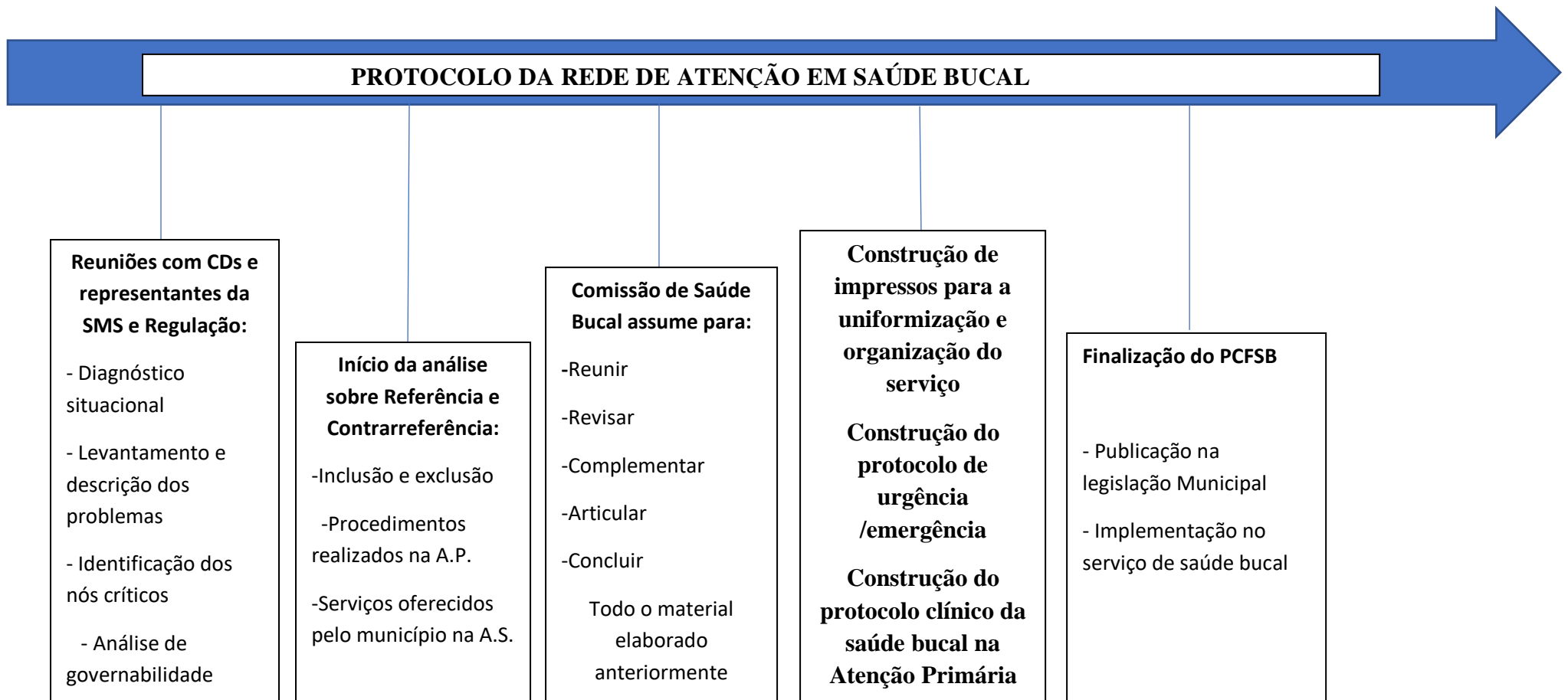
Em 2018, após a finalização dos protocolos de fluxos e revisão pelos cirurgiões dentistas da atenção secundária, o trabalho elaborado foi apresentado para os profissionais da atenção primária, aberto ainda a sugestões de mudanças, sendo então colocado em prática em fase experimental.

De acordo com a necessidade do serviço foi se moldando a elaboração e o processo de trabalho, sendo construídos impressos para a uniformização e organização do serviço. Ainda em 2018 foi elaborado o protocolo de urgência e emergência, em 2019 iniciou-se a construção do protocolo clínico da saúde bucal na atenção primária.

A viabilidade do protocolo elaborado depende de condições adequadas para o trabalho, manutenção e troca de equipamentos odontológicos quando necessário, provimento de insumos, materiais e instrumentais e espaços de trabalho ergonômicos e acessíveis.

Esse protocolo não tem pretensão de ser conclusivo e pretende-se que seja alterado conforme as mudanças necessárias à organização dos serviços e melhoria de qualidade da atenção em saúde do município.

Linha do Tempo



1 - Atenção Básica em Saúde Bucal

A Atenção Básica (AB), situada no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, constitui um conjunto de ações, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Executa um trabalho em equipe seguindo os princípios do SUS, com territorialização e responsabilidade sanitária sobre a população da área de abrangência, realiza atendimentos complexos com tecnologias simples, com o objetivo de resolver os problemas de saúde mais frequentes e relevantes da população.

A organização dos serviços de Saúde Bucal (SB) envolve o planejamento de atividade, baseado na Epidemiologia. Através dos seus resultados pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos.

Atualmente o Ministério da Saúde (MS) através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) preconiza alguns indicadores como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica. São eles:

1.1. Indicadores de saúde bucal

- Cobertura de primeira consulta odontológica programática
- Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada.
- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais
- Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais programáticas.

1.2. As atribuições específicas do Cirurgião Dentista na Atenção Básica

-
- 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.
 - 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 Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).
 - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).

1.3. As atribuições específicas do Auxiliar em Saúde Bucal na Atenção Básica

- 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 (ESF), 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.
- Manipular materiais de uso odontológico.

-
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Obs.: Com a introdução do atual Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e de acordo com a Nota Técnica de 20 de agosto de 2015 a digitação das fichas no sistema é obrigatória. Para isso o município tem autonomia para definir quem serão os responsáveis pela digitação dos dados no sistema de informação. Na cidade de Uberaba ficou definido que a digitação dos procedimentos odontológicos individuais e coletivos é de responsabilidade da Equipe de Saúde Bucal (ESB): Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal. A nota reforça que a gestão municipal deverá garantir a disponibilidade de equipamentos para a digitação.

2 - Principais agravos em Saúde Bucal

2.1. Cárie Dentária

É uma doença mutiladora e de alta prevalência na população brasileira, sendo o principal fator responsável pela perda de dentes ao longo da história da humanidade. Apesar de ter sido classificada por muitos anos como uma doença infectocontagiosa, é, atualmente, considerada uma disbiose, caracterizada pelo desequilíbrio da microbiota residente da cavidade bucal.

É preciso considerar que mesmo em ausência da doença os microrganismos cariogênicos já estão presentes na cavidade bucal sem patogenicidade e que a transmissão deles de um indivíduo para o outro não justifica o surgimento da doença, uma vez que a cárie é influenciada por outros determinantes, tais como: fatores comportamentais individuais, hábitos dietéticos e de autocuidado. Existem também os determinantes socioeconomicoculturais gerais como: renda, escolaridade e acesso da população à água potável e fluoretada. Essa doença pode durar um longo tempo e progredir lentamente e está incluída na lista da Organização Mundial de Saúde (OMS) de doenças não notificadas. A cárie com suas sequelas apresenta um impacto negativo sobre a saúde geral, o bem-estar social e econômico da população. Gera dor, sofrimento, problemas de nutrição, aprendizagem, concentração, fala, autoestima, afeta a frequência na escola e no trabalho.

Considera-se hoje que os estágios anteriores da doença antes de cavitarem podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

Habilidade e conhecimento do CD são fundamentais para diagnóstico correto da doença, plano de tratamento e o melhor encaminhamento.

A doença inicia-se pelas atividades metabólicas das bactérias e resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com consequente formação da lesão de cárie.

Grande parte das decisões clínicas referentes ao diagnóstico e tratamento da cárie, são realizadas na presença de incertezas, o que enfatiza a necessidade dos profissionais possuírem informações atualizadas sobre as diferentes alternativas diagnósticas e terapêuticas.

2.1.1. Avaliação do risco à doença cárie

Consiste em determinar quais indivíduos são prováveis de desenvolver a doença.

2.1.1.1. Objetivos

- Identificar e minimizar os fatores causais (microbiota, hábitos inadequados de dieta e acúmulo de placa microbiana).
- Otimizar os fatores protetores (exposição a fluoretos, higiene oral adequada, selante e educação em saúde).
- Determinar a periodicidade das consultas de retorno para monitoramento e controle da doença.
- Dar suporte para planejamento de estratégias preventivas e restauradoras.

Obs.: A avaliação do risco à doença cárie é importante tanto para indivíduos como para grupos populacionais.

2.1.1.2. Fatores de risco

- Baixo nível de informação sobre saúde bucal.
- Contexto socioeconômico-cultural em que a família está inserida.
- Experiência prévia da doença.
- Higiene bucal deficiente.
- Dieta inadequada.
- Ausência de flúor.
- Fluxo salivar reduzido.
- Baixa adesão ao tratamento.
- Restaurações com margens defeituosas.
- Dentes em erupção.

- Uso de dispositivos intra bucais (aparelhos ortodônticos, “piercings” e próteses).

2.1.2. Atividade de cárie

Reflete o desenvolvimento da doença:

- Agudo (em progressão).
- Crônico (paralisado).

2.1.2.1. Diagnóstico diferencial de lesões de cárie dental

| Estrutura dental | Ativa | Inativa |
|------------------|--|---|
| Esmalte | Opaco | Brilhante |
| | Superfície rugosa, corroída, como giz | Superfície lisa ao exame tátil |
| | Mancha Branca | Mancha Pigmentada |
| | Perto da margem gengival, geralmente coberta por biofilme dental | Geralmente longe da margem gengival |
| | Geralmente prevalece em crianças/adolescentes | |
| Dentina | Coloração Clara | Coloração Escurecida |
| | Mole, massa necrótica | Dura e semelhante a couro |
| | Sensibilidade ao frio, doces e ácidos | Sem sensibilidade |
| | Geralmente em crianças | Geralmente em adultos |
| | Progressão rápida, usualmente expõe a polpa | Progressão lenta |
| | Sensível, desmineralizada | Sem sensibilidade, esclerótica |
| Radicular | Progressão lenta: consistência coriácea, coloração mais escura, marrom ou preta, cavitadas ou não. | Lesões paralisadas: coloração marrom escura ou preta, endurecidas, superfície brilhante, polida, livre de biofilme e, quando cavitadas, suas margens são bem definidas. |
| | Progressão rápida: amolecidas, cobertas por biofilme dental, coloração amarelada ou marrom clara | |

2.1.3. Passos para diagnóstico de cárie dentária no Consultório Odontológico

- Profilaxia
- Secagem da superfície dentária.
- Inspeção visual de cada superfície do dente e inspeção da superfície com sonda exploradora, com objetivo de remover o biofilme dental ou resíduo. Não utilizar pressão demasiada a fim de evitar danos aos prismas de esmalte desmineralizados. Recomenda-se a utilização de sonda de ponta romba ou não afiada.
- Exame radiográfico interproximal.

2.1.4. Decisão de tratamento

A avaliação de risco/atividade de cárie é uma ferramenta importante para o planejamento das ações em saúde baseado em evidência científica.

- a) Sem cuidado preventivo adicional aos cuidados diários gerais:
 - Risco não identificado.
- b) Cuidados preventivos sem necessidade de procedimentos operatórios:
 - Presença de fatores de risco.
 - Lesão de esmalte diagnosticada somente pela radiografia interproximal.
 - Lesão de esmalte detectável clinicamente, sem cavitação.
 - Cavidade em esmalte detectável clinicamente: análise criteriosa em relação ao paciente e à superfície;
 - Lesão em dentina detectável radiograficamente até o terço externo.
- c) Cuidados preventivos e operatórios:
 - Lesão em dentina detectável clinicamente: em progressão e/ou cavitada.
 - Lesão em dentina detectável radiograficamente além do terço externo.

As lesões cariosas (estejam ou não cavitadas) devem ser acompanhadas para avaliar se progrediram, estacionaram ou regrediram.

2.1.5. Tratamento para indivíduos com manifestação de atividade da doença cárie

A decisão sobre a restauração do dente deve ser conservadora, evitando-se a intervenção sempre que possível, utilizando-se de técnicas de selamento de fóssulas e fissuras com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) e de mínima intervenção como o Tratamento Restaurador Atraumático (TRA/ART), quando indicado. Todos os procedimentos devem ser associados a condutas básicas de educação para saúde e controle de placa.

- Lesões restritas ao esmalte dentário, inclusive sulcos escurecidos (cárie crônica), só monitoramento;
- Lesões não cavitadas, mas com alteração de cor que indicam a possibilidade de cárie na dentina devem ter seu diagnóstico complementado com radiografia;
- Lesões cavitadas em dentina com necessidade de tratamento, conservar o máximo possível de tecidos dentários;

-
- Em caso de risco de exposição pulpar, remover todo o tecido cariado próximo à junção amelodentinária, manter parte da dentina desorganizada próximo à polpa, aplicar Hidróxido de Cálcio Pró-Análise (PA) e reavaliar após 60 dias (tratamento expectante indireto);
 - Procedimento restaurador quando indicado.

2.2. Doença Periodontal

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 a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, mas pode ter padrões variáveis de progressão.

É entendida como uma doença infecciosa, onde as alterações de forma e função do periodonto são consideradas sinais. A normalidade deste 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 se constitui, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro, nascimento de crianças com baixo peso, diabetes, doenças vasculares e cardíacas.

2.2.1. Fatores de Risco

- Fatores socioeconômicos culturais;
- Diabetes;
- Tabagismo;
- Ausência de controle de placa;
- Imunodepressão e stress;
- Puberdade;
- Gravidez;
- Discrasias sanguíneas;
- Fatores locais (alterações oclusais e de posicionamento de dentes, cárie de colo, restaurações inadequadas, impacção alimentar e respiração bucal).

2.2.2. Gengivite

A gengivite é uma manifestação inflamatória da gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supra gengival e rompimento do

equilíbrio agressão/defesa. Constitui-se em um processo inflamatório que deve ser prevenido e tratado.

| Gengivite | | |
|--|--|--|
| Diagnóstico da atividade da doença | Tratamento | Alta/ Controle |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sangramento; • Edema; • Perda do contorno superficial; • Aumento do volume; • Biofilme dental. | <ul style="list-style-type: none"> • Educação em saúde e motivação para o controle do biofilme; • Escovação supervisionada e uso do fio dental; • Raspagem e polimento supra gengivais; • Remoção ou tratamento de fatores retentivos do biofilme; • Exodontias; • Dentística/reabilitação; <p>Monitoramento e controle dos fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagismo, diabete, gravidez, alterações hormonais, entre outros, avaliando-se a possibilidade de intervenção sobre esses fatores; • Pacientes com hiperplasia gengival extensa, em que o controle de placa não é suficiente para o controle da gengivite devem ser encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para realizar a cirurgia periodontal corretiva. | <p>Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuário com ausência de sangramento gengival aliada com uma quantidade mínima de placa, compatível com o seu estado de saúde periodontal. <p>Controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A frequência de retorno varia individualmente de acordo com o risco. |

2.2.3. Periodontite

É um grupo de doenças que se caracterizam pela inflamação dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo em consequência da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival, sendo a crônica o tipo mais prevalente. Possui evolução lenta onde a perda de inserção gengival está associada aos padrões de higiene bucal e fatores de risco.

A periodontite agressiva é rara, mas face à sua rápida progressão, tem alta morbimortalidade dental. Essas periodontites têm uma forte agregação familiar, fator importante para a prevenção da mesma.

2.3. Alterações dos tecidos moles e câncer bucal

O câncer bucal caracteriza-se por um aumento exagerado do número de células, as quais contêm atípicas celulares, crescimento autônomo e podem ou não apresentar componente inflamatório. Mais de 90% das lesões de câncer de boca são do tipo

Carcinomas Epidermóides ou de Células Escamosas e se diagnosticadas em suas fases iniciais, o prognóstico é favorável.

Da mesma forma que ocorre em outras neoplasias, o câncer de boca tem seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores do próprio indivíduo.

O cirurgião dentista deve estar atento a alterações na cavidade oral, com especial atenção para as regiões abaixo:

- Lábios;
- Língua;
- Assoalho de boca;
- Gengiva;
- Palato duro e mole;
- Mucosa jugal;
- Úvula.

Também devem ser investigadas as lesões potencialmente malignas, são elas:

- Leucoplasias;
- Eritroplasias;
- Hiperplasia fibrosa inflamatória com úlceras de contato;
- Hiperqueratose labial;
- Nevos pigmentares

Ao identificar qualquer lesão na boca há mais de 15 dias e potencialmente maligna, é atribuição e responsabilidade do cirurgião dentista encaminhar o usuário para a atenção secundária para biopsia e exame anatomopatológico para conclusão do diagnóstico. Caso ocorra resultado positivo para câncer bucal, o usuário será encaminhado para Atenção Terciária.

2.3.1. Fatores de Risco

a) Ambientais

- Profissão;
- Fatores socioeconômico-culturais;
- Tabagismo (cigarro, cachimbo, hábito de mascar fumo, etc.);
- Etilismo;
- Exposição à radiação solar;
- Má higiene bucal;

-
- Uso de próteses dentárias mal ajustadas;
 - Agentes biológicos - Papiloma vírus humano (HPV), Cândida albicans e Helicobacter pylori;
 - Desnutrição;
 - Deficiência imunológica (adquirida ou congênita);
 - Fatores irritantes locais.

Obs.: O uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de aparecimento do câncer de boca.

b) Do próprio indivíduo

- Sexo,
- Idade,
- Raça
- Herança genética

2.3.2. Exame clínico

O exame clínico da cavidade bucal não requer instrumentos especiais e deve ser realizado em todos os indivíduos, sobretudo nos considerados de risco para o câncer bucal, com a finalidade de diagnosticar lesões precursoras do câncer ou lesões malignas em suas fases iniciais.

2.3.2.1. Inspeção

O paciente deve ser observado desde o momento em que entra no consultório, quando o cirurgião dentista deve analisar se apresenta alguma alteração visível como: dificuldade da marcha, assimetrias corporais, manchas e/ou lesões de pele.

A inspeção, propriamente dita, demanda uma boa iluminação e o posicionamento do paciente deve ser adequado. Durante o exame físico, é necessário que se observe cautelosamente cada região anatômica. O profissional deve procurar, perceber e distinguir as alterações de cor, textura, superfície, contorno e tamanho, além de reconhecer as variações do aspecto normal da boca.

a) Inspeção geral

- Retirar próteses removíveis para possibilitar o acesso a toda a mucosa;
- Realizar higiene da cavidade bucal ou solicitar que o paciente a faça;

-
- Realizar o exame com a pessoa sentada, de frente para o examinador, ambos no mesmo plano;
 - Inspeccionar a face e o pescoço, observando presença de sinais, manchas, assimetrias e de feridas que sangram ou não cicatrizam.

b) Inspeção da boca

- Lábios (primeiro fechados e depois abertos): visualizar a coloração e a linha de contato dos mesmos;
- Com o auxílio do espelho bucal, afastadores, espátulas ou dedos enluvados, expor a mucosa da face interna dos lábios e da face vestibular do rebordo gengival e examinar as estruturas superiores e inferiores;
- Examinar a mucosa jugal de cada lado, indo das comissuras labiais até as áreas retro molares e do sulco gengivo jugal inferior ao superior, bilateralmente. Na sequência, examinar a mucosa interna dos lábios superior e inferior;
- Solicitar que o paciente ponha a língua para fora, movendo-a para cima e para baixo e que toque o palato com a ponta da mesma;
- Segurar a ponta da língua com uma compressa de gaze, afastar a bochecha com um espelho ou espátula e movimentar a língua para a direita e esquerda, a fim de examinar suas bordas;
- Examinar o assoalho da boca até a altura do último molar e a face lingual do rebordo gengival, de ambos os lados;
- Solicitar ao paciente que recline a cabeça para trás, abrindo a boca totalmente, a fim de visualizar o palato duro e a face palatina do rebordo gengival, de ambos os lados;
- Examinar o palato mole e as amígdalas;
- Rebaixar a língua com espátula, espelho ou abaixador e examinar seu dorso;
- Solicitar que o indivíduo pronuncie a vogal “A” longamente, para melhor exposição daquelas estruturas acima.

2.3.2.2. Palpação

Corresponde ao tato e à pressão realizados numa determinada área. O tato fornece dados sobre a porção superficial e a pressão sobre a porção profunda bem como sua consistência e temperatura local. Tipos de palpação:

- **Digital:** utiliza-se o dedo indicador, geralmente em áreas próximas ao tecido ósseo. Com os dedos indicadores (um dentro e o outro fora da boca), buscar anormalidades nos tecidos moles do assoalho bucal, nas glândulas salivares submandibulares e no contorno da mandíbula.
- **Bidigital:** utiliza-se o dedo indicador e o polegar da mesma mão, formando uma espécie de pinça para palpação da mucosa jugal.
- **Vitropressão ou diascopia:** é uma técnica descrita dentro da semiotécnica da palpação, sendo realizada por meio de uma lâmina de vidro de microscopia comprimindo-a contra a área. Geralmente, é utilizada para diferenciar as lesões pigmentadas das lesões vasculares.
- **Bimanual:** quando se utilizam as duas mãos; empregada na palpação de glândula submandibular, parótida, assoalho de boca e pescoço.

2.3.3. Orientações importantes ao paciente:

- Incentivar a redução do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas;
- Incentivar o uso de equipamentos de proteção durante a exposição prolongada ao sol (uso de chapéu, protetor solar, protetor labial);
- Incentivar o paciente a comparecer ao consultório para exame odontológico de rotina;
- Incentivar o paciente a manter boa higiene bucal;
- Orientar o paciente quanto a higiene, adaptação e durabilidade da prótese.
- Instruir sobre a técnica do autoexame bucal realizada periodicamente:

✓ **1º Passo:**

Em frente a um espelho, verifique se em seu rosto, pescoço e lábios existem manchas ou feridas que não cicatrizam há mais de 15 dias. Verifique também, nos dois lados do pescoço, se há caroço duro, fixo e indolor.

✓ **2º Passo:**

Com a boca aberta, tire dentaduras ou pontes removíveis, puxe os lábios e verifique-os. Eles devem estar com aparência lisa e vermelha, sem manchas, feridas ou irritações.

✓ **3º Passo**

Ainda com a boca aberta, observe o lado de dentro das bochechas e gengivas dos dois lados, que também devem estar livres de manchas, feridas ou irritações. Observe também os seus dentes.

✓ **4º Passo**

Incline um pouco a cabeça para trás, sempre olhando para o espelho. Abra um pouco mais a boca, coloque a língua para fora, observe o céu da boca e, mais atrás, a entrada da garganta.

✓ **5º Passo**

Ponha a língua para fora, observe em cima e em baixo. Com uma gaze puxe a língua para os lados à procura de manchas brancas, feridas ou se há dificuldade de movimentação. Observe ainda securas exageradas na boca ou a presença de sangue na saliva.

2.3.4. Lesões fundamentais

| Lesões | Características |
|--------------------------|--|
| MANCHA OU MÁCULA | |
| Vascular | Alterações da microcirculação da pele que desaparecem após Vitropressão (varizes). |
| Hemorrágica | Derivadas do extravasamento de sangue e não desaparecem pela vitropressão. A coloração vai do vermelho-arroxeadado ao amarelo, dependendo do tempo de evolução (petéquias, víbice e equimose). |
| Pigmentar | <ul style="list-style-type: none">• Por melanina: Hipocrômica ou acrômica e hiperacrômica;• Outros: depósito de hemossiderina, bilirrubina (icterícia), pigmento carotênico (ingestão exagerada de cenoura), corpo estranho (tatuagem) e metálico (prata, bismuto). |
| Mancha ou mácula | Alteração de coloração (branca, vermelha, azul, marrom e negra) da pele ou mucosa sem elevação ou depressão. |
| FORMAÇÕES SÓLIDAS | |
| Pápula | São elevações sólidas, até 0,5 cm de diâmetro, superficiais, circunscritas (grânulos de Fordyce, estomatite nicotínica). |
| Nódulo | Elevação sólida, superficial ou profunda, com mais de 0,5cm de diâmetro. |
| Placa | Elevação fibrosa, circunscrita, ocorre o espessamento do tecido (leucoplasia, liquem plano). |
| Vegetação | Lesões sólidas, agrupadas, salientes, cônicas, filiformes ou em couve flor (verruga, papiloma). |
| COLEÇÕES LÍQUIDAS | |
| Vesícula | Crescimento circunscrito com conteúdo líquido no seu interior e com diâmetro de até 0,5 cm (herpes simples). |
| Bolha | Crescimento circunscrito com conteúdo líquido no seu interior e com diâmetro superior a 0,5 cm (queimadura e pênfigo). |
| Pústula | Vesícula ou bolha com conteúdo purulento (herpes zoster). |
| Abscesso | Coleção purulenta de localização dermo-hipodérmica ou subcutânea, flutuante. Quando acompanhada dos sinais flogísticos é denominado de abscesso quente, quando não, abscesso frio (abscesso dentoalveolar). |

SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE

| | |
|-----------------|---|
| Erosão | Perda parcial do epitélio sem exposição do tecido conjuntivo (superficial), não deixa cicatrizes (língua geográfica). |
| Úlcera | Perda total do epitélio com exposição do tecido conjuntivo subjacente, dolorida e em geral pode apresentar sangramento. A maioria dos casos é acompanhada de halo eritematoso ao redor, recoberto por pseudomembrana e com exsudato na porção mais central (carcinoma espinocelular). |
| Fissura | Perda tecidual linear, superficial ou profunda (queilite angular). |
| Fístula | Canal ou ducto que faz a comunicação de regiões anatômicas diferentes, através do qual flui líquido purulento (Fístulas dentais). |
| SEQUELAS | |
| Cicatriz | Proliferação de tecido fibroso para repor tecido perdido. |
| Atrofia | Diminuição do volume das células que compõem um tecido. |

2.3.5. Atendimento de paciente portador de lesão de mucosa bucal e ossos maxilares na atenção básica

- a) Identificação;
- b) Queixa principal / história da queixa;
- c) Anamnese: Doenças sistêmicas, internações, medicações, hábitos, costumes, entre outros;
- d) Exame físico geral: aparência, Pressão Arterial (PA), aumento de temperatura, entre outros.;
- e) Exame físico extrabucal (paciente sentado):
 - **Fácies:** expressão facial, cicatrizes, manchas, aumento volumétrico, assimetria facial, cabeça, olhos e ouvidos;
 - **Linfonodos:** na região submandibular e submentoniana tracionar os dedos em concha contra a mandíbula; na região cervical fazer palpação;
 - **Articulação Têmporo Mandibular (ATM):** posicionar-se por trás do paciente e pedir que ele abra e feche a boca com a cabeça um pouco inclinada para cima. Observar: desvios, ruídos (estalidos, estalos e crepitação), abertura de boca e presença de dor à palpação;
- f) Exame físico intrabucal: (paciente sentado) utilizar-se de inspeção e palpação.
 - Examinar todas as estruturas, dos lábios até a orofaringe;
 - Comparar um lado com o outro;

-
- Para examinar a língua: tracioná-la com uma gaze e ao mesmo tempo afastar a bochecha com uma espátula.
- g) Considerar alguns tipos de lesões com potencial de malignização: leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica.
- **Lesão branca da mucosa bucal:**

Deverá ser raspada.

Se a lesão se destacar: diagnóstico clínico de candidíase. Pesquisar a presença de fatores imunodepressores (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), diabetes, anemias, desnutrição) e tratar a boca com antifúngico (Miconazol gel oral 4 x ao dia por 15 dias).

Se a lesão não se destacar: remover os possíveis fatores irritantes associados à lesão e reavaliar após 15 dias.
 - **Lesão vermelha da mucosa bucal:**

Tratar a boca com antifúngico (Miconazol gel oral 4 x ao dia por 15 dias). Tratar a prótese com imersão uma vez por semana em um copo d'água com uma colher de sopa de água sanitária, pois a mesma tem muitas porosidades e favorece o acúmulo de alimentos e fungos. Orientar escovação diária após as refeições.
 - **Lesão situada na gengiva ou mucosa alveolar:**

Solicitar radiografia periapical da área a fim de afastar a possibilidade de lesão de origem dentária.
 - **Lesões múltiplas disseminadas por toda a mucosa:**

Suspeitar de doença sistêmica.
- h) As possíveis lesões nos ossos serão investigadas na Atenção Especializada após Rx panorâmico.

Qualquer lesão dos tecidos moles da boca que não apresente regressão espontânea ou após remoção de possíveis fatores causais (como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses, etc.) em no máximo 15 dias: referenciar para diagnóstico na Atenção Especializada.

3 - Classificação de Risco em Saúde Bucal

3.1. Risco 1 (R1)

Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:

- a) Cárie ativa: mancha branca ativa, tecido amolecido;
- b) Doença periodontal ativa: sangramento, secreção;
- c) Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, rouquidão, entre outros);
- d) Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros;
- e) Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado por alterações bucais.




3.2. Risco 2 (R2)

Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/ reabilitador

- a) Cárie inativa;
- b) Presença de cálculo;
- c) Restauração fraturada, insatisfatória;
- d) Dente com selamento provisório;
- e) Necessidade de tratamento/atenção primária;
- f) Necessidade de tratamento/atenção especializada;
- g) Outros.

3.3. Risco (R3)

Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

| | |
|---|---|
|  R1 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ CA: Cárie Ativa ✓ R1Pm: (Permanente) ✓ R1Dc: (Decíduo) ✓ PA: Doença Periodontal Ativa ✓ L: Lesão de tecidos moles indicativa de câncer bucal |
|  R2 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de atividade de doença, mas com necessidade de tratamento. clínico, cirúrgico, restaurador ou reabilitador. |
|  R3 | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de atividade de doença e sem necessidade de tratamento. ✓ Apenas manutenção da saúde bucal. |

4 - Atividades Coletivas e Programa Saúde na Escola

A Educação em Saúde na escola não deve estar vinculada à transmissão de informações, mas sim permitir à criança e adolescente analisar e problematizar os conhecimentos adquiridos para que possam mudar seus comportamentos, através da formação de atitudes e valores que os levem a práticas saudáveis. Deve estar presente em todos os aspectos da vida escolar e integrada à saúde global. As ações coletivas de saúde bucal, devem ser planejadas, organizadas, supervisionadas e avaliadas pelo cirurgião-dentista, para os diferentes ciclos de vida e executadas preferencialmente pelos TSB, ASB e Agente Comunitário de Saúde (ACS). (VASCONCELOS, 2001).

Há alguns anos a odontologia prioriza os escolares em programas de saúde bucal, fato que possibilita parte do controle da cárie dentária. O Programa Saúde na Escola (PSE) utiliza a intersetorialidade através da integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação conjunta da comunidade escolar (escolas, Centros Municipais de Educação Infantil - CEMEIs e creches) e das Equipes de Saúde da Família. É voltado para crianças e, especialmente, para adolescentes matriculados em escolas públicas, estes últimos com maior carga de doença segundo o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal 2010 e busca o desenvolvimento da política de ambientes saudáveis nas escolas (BRASIL, 2009).

4.1. Ações em Escolas, CEMEIs e Creches

4.1.1. Procedimentos que deverão ser realizados em todas as crianças

a) Exame bucal com finalidade epidemiológica:

Avaliar a incidência e prevalência das doenças bucais e sua classificação de risco, dimensionar necessidades de tratamento, subsidiar planejamento, execução e avaliação das ações de saúde bucal e dos serviços prestados.

b) Escovação dental supervisionada:

Instrução sobre autocuidado bucal proporcionando meios para o indivíduo desenvolver destreza manual e realizar satisfatoriamente a remoção

mecânica da placa bacteriana através da escovação com pasta dental fluoretada.

A ação será realizada e registrada mediante a entrega de escova dental individual duas vezes ao ano.

- **Técnica de Bass modificada**

Permite limpar o sulco gengival sem provocar danos. É indicada a partir dos 6 anos de idade.

- I. Colocar a escova (cerdas macias) em ângulo de 45 graus com o eixo longitudinal do dente;
- II. Pressionar as cerdas sobre a margem gengival, através de movimentos curtos, vibratórios e ritmados; movimentá-la no sentido anteroposterior (para dentes anteriores superiores e inferiores posicioná-la verticalmente, para facilitar o acesso ao sulco gengival e porção cervical das coroas dentárias);
- III. Escovar a face oclusal com movimentos vibratórios, exercido sobre um ou no máximo dois dentes;
- IV. Escovar a língua, para completar a higienização.

- **Técnica Infantil**

É indicada para crianças com até 5 anos de idade.

- I. Colocar a quantidade de creme dental correspondente a um grão de arroz que é suficiente para realizar uma boa escovação na criança;
- II. Deixar a escova paralela à linha da gengiva. Iniciar fazendo movimentos circulares em grupos de quatro dentes durante 10 segundos cada;
- III. Escovar a face oclusal dos dentes posteriores com movimentos de vai e vem bem suaves;
- IV. Escovar a língua, para completar a higienização.

c) Uso de fio ou fita dental

São usados para remover a placa bacteriana que se deposita nas superfícies proximais dos dentes e no espaço intermediário entre o dente e a gengiva, pontos que as cerdas da escova não alcançam. A limpeza é fundamental, porque é nessa região que a cárie e as doenças periodontais se

manifestam com maior frequência. As áreas com diastemas também devem ser higienizadas.

- Retirar cerca de 50 cm de fio/fita dental e enrolar a maior parte no dedo médio de uma das mãos e o restante em volta do dedo médio da outra;
- Prender o fio/fita esticado entre o polegar e o indicador, mantendo um pequeno espaço entre eles (cerca de 3 cm);
- Deslizar suavemente o fio/fita ancorada no dente a ser higienizado;
- Curvar o fio/fita, formando um “C” sobre a superfície de cada dente e deslizar o fio entre ele e a gengiva.

Obs.: Devido ao maior risco à cárie e doença periodontal nos dentes posteriores, deve-se sugerir o início do uso por essa região.

d) Educação em saúde:

Consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Visa incentivar e fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença.

e) Aplicação tópica de flúor gel (rinsagem com a escova) – Crianças acima de 6 anos:

Aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23%, realizada sistematicamente por grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, utilizando-se escova dental. A ação será realizada duas vezes ao ano e registrada por indivíduo.

4.1.2. Procedimentos a serem realizados em crianças com necessidade de tratamento no consultório odontológico

Orientação aos pais, mediante bilhete padronizado pelo Departamento de Saúde Bucal do Município, para procurarem o atendimento odontológico na Unidade de Saúde responsável pela sua área de abrangência;

4.1.3. Procedimentos a serem realizados em crianças sem necessidade de tratamento no consultório odontológico:

- Primeira consulta odontológica programática,
- Escovação dental supervisionada,
- Uso de fio dental,
- Orientação de Saúde Bucal,

-
- Tratamento concluído (TC).

4.2. Cronograma para Atividades Coletivas em Escolas, CEMEIs e Creches

FEVEREIRO

- Calibração dos profissionais pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- Solicitar na escola a lista com os dados completos dos alunos matriculados (com o nome, data de nascimento, cartão SUS e endereço).

MARÇO A JULHO

- Orientação em saúde bucal;
- 1ª Escovação PSE;
- 1ª Rinsagem com flúor PSE (só para crianças a partir de 6 anos);
- Epidemiológico PSE;
- Completar o número de escovações até atingir a meta pactuada com o Estado (1500 por semestre);
- Iniciar o exame clínico para crianças livres de cárie / TC (iniciar pelos alunos de menor idade).

AGOSTO A OUTUBRO

- Orientação em saúde bucal;
- 2ª Escovação PSE;
- 2ª Rinsagem com flúor PSE;
- Completar o número de escovações até atingir a meta pactuada com o Estado (1500 por semestre);
- Continuar o exame clínico para crianças livres de cárie / TC;
- Os dois últimos procedimentos podem ser realizados até o mês de dezembro.

Obs:

- ✓ TODOS os procedimentos devem ser digitados Sistema de Informação vigente.
- ✓ A Secretaria Municipal de Saúde tem duas metas de procedimentos coletivos:
 - PSE – Todos os alunos das escolas e CEMEIs devem passar pela escovação supervisionada (uma vez por semestre), exame epidemiológico (início do ano) e rinsagem de flúor (uma vez por semestre)
 - Meta pactuada com o Estado (cada profissional deve fazer 1500 escovações por semestre)

4.3. Orientação aos professores/usuários da UBS sobre traumatismo dentário

O cirurgião dentista deve informar através de palestras/folheto explicativo sobre como proceder em casos de traumatismos dentários.

Avulsão Dentária

Em caso de acidente e queda do **dente permanente**:

1. Manter a calma e encontrar o dente;
2. Segurar pela coroa, sem colocar a mão na raiz;
3. Enxaguar o dente rapidamente em água corrente, sem esfregar, com cuidado para não descer pelo ralo;
4. Recolocar o dente no local de origem (isso não deve ser feito se dente em questão for o dente de leite);
5. Em caso de impossibilidade de recolocar o dente mantê-lo em um recipiente contendo água, leite ou soro;
6. Procurar imediatamente o dentista, preferencialmente nos 30 primeiros minutos.

Dentes reimplantados imediatamente têm chances em torno de 90% de serem salvos.

Fratura Dentária

Em caso de acidente e fratura do dente permanente:

1. Manter a calma e encontrar o fragmento do dente;
2. Manter o fragmento em um recipiente contendo água, leite ou soro;
3. Procurar imediatamente o dentista.

Dentes mantidos úmidos têm chances em torno de 90% de serem salvos.

5 – Preceptoría

A preceptoría é uma modalidade de ensino em serviço, que forma profissionais em cenários de prática e que tem ocupado papel de destaque quando se discute a formação de profissionais de saúde. Atende às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na saúde e ao princípio do Sistema Único de Saúde que preconiza a formação profissional no cenário de prática. O preceptor é o profissional que acompanha o aluno no cenário de prática, ensinando enquanto exerce suas atividades cotidianas, sendo, portanto, reconhecido como educador.

5.1. Atividades na unidade de saúde

Os alunos acolhidos acompanharão a rotina dos profissionais, vivenciando assim a experiência do trabalho multiprofissional. São propostas as seguintes atividades:

- a) Realizar visita técnica;
- b) Conhecer a estrutura física da unidade;
- c) Conhecer área de abrangência;
- d) Acompanhar os atendimentos de enfermagem;
- e) Acompanhar os atendimentos na sala de vacina;
- f) Acompanhar os atendimentos médicos;
- g) Acompanhar os atendimentos de odontologia;
- h) Acompanhar a rotina da ASB;
- i) Acompanhar os procedimentos na esterilização e conhecer as normas e rotinas e o manual utilizado na unidade;
- j) Observar os serviços da recepção;
- k) Conhecer os sistemas de informação vigente;
- l) Participar de atividades coletivas na unidade (grupos, sala de espera, educação continuada e reuniões).

5.2. Atividades extra muro

5.2.1. Programa Saúde na Escola (PSE)

Os alunos realizarão ações de promoção e prevenção em CEMEI's e Escolas. São estas ações:

- a) Educação em Saúde (Atividades lúdicas, palestras, entre outros);
- b) Escovação supervisionada;

c) Acompanhar as demais atividades.

5.2.2. Outros

a) Domicílio: realizar visita com ACS e com o preceptor;

b) Instituições de longa permanência;

c) Grupos e reuniões fora da unidade

6 - Organização da Agenda de Trabalho

A equipe de Saúde bucal deverá distribuir na agenda todas as atividades programadas no planejamento, as quais serão executadas durante o ano. São elas: consultas clínicas, consultas domiciliares, grupos operativos, educação permanente, reuniões de equipe, Programa de Saúde na Escola (PSE), Programa de Educação pelo Trabalho (PET), preceptoria e outros.

É importante ressaltar que ao construir uma agenda deve-se contemplar:

6.1. Consulta Clínica

É avaliação das condições gerais de saúde, realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico, elaboração de um plano preventivo-terapêutico, realização e conclusão de tratamentos.

6.2. Consulta domiciliar:

A atenção domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações e serviços de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados, além de ser integrada às redes de atenção à saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, o cirurgião-dentista tem papel fundamental na atenção domiciliar desenvolvendo atividades de:

- Promoção em saúde por meio da motivação e educação em saúde para o paciente e sua família;
- Proteção e prevenção em saúde bucal por meio de orientação de higiene bucal e cuidados com prótese dentária;
- Aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada;
- Tratamento clínico viável quando identificada a necessidade, em casos de impossibilidade de deslocamento do paciente;
- Investigação de lesões de tecidos moles e limitações de danos.

Além disso, o profissional estabelece uma rede de comunicação participativa com a família, coordenando o cuidado do paciente acamado com a saúde familiar.

Os princípios básicos, éticos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) são obedecidos na visita domiciliar como: a integralidade, oferecendo atendimento ao usuário dentro dos três níveis de atenção; a universalidade, inserindo o usuário incapacitado de se locomover à unidade de saúde para atendimento; e a equidade, atendendo às necessidades dos que mais precisam de cuidados em saúde. Enfatiza, ainda, o acolhimento, que é a humanização no atendimento, dando direito ao usuário em ser escutado, de forma qualificada e singular. Todos estes princípios fortalecem o vínculo entre a população e o serviço de saúde.

6.3. Grupo Operativo

O trabalho de grupos de educação em saúde é uma alternativa para as práticas assistenciais individuais. Estas ações favorecem o aprimoramento de todos os envolvidos, não apenas no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença. Por estas razões que nasce o interesse em buscar o conhecimento e a expansão deste por meio do trabalho em grupos. Tal proposta é fundamentada no conceito amplo de saúde para as dimensões biopsicossociais, com objetivo de construir a autonomia dos sujeitos, melhoria das condições de vida e corresponsabilização sobre os processos de adoecimento.

6.4. Educação permanente

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB/2004) estabeleceu como uma das metas prioritárias definir uma política de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os trabalhadores em saúde bucal, com objetivos de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e dos princípios do SUS. A EPS, como processo de ensino-aprendizagem, significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de educação e mudança.

6.5. Reunião de equipe

Na reunião de equipe os membros da ESF se encontram para planejar, organizar e avaliar os processos de trabalho por eles desenvolvidos. Deve ser um espaço de diálogo, expressão de opiniões, elaboração de projetos e planos de atendimentos coletivos para construção do trabalho em comum. Novos conhecimentos devem ser trazidos para as

reuniões de equipe interdisciplinares, instituindo uma aliança com a gestão pública, garantindo uma prática de criação de ambientes saudáveis na comunidade.

6.6. Programa Saúde na Escola - vide capítulo 4

6.7. Programa de Educação pelo Trabalho

O PET é uma proposta do Ministério da Saúde para qualificação dos profissionais da saúde, em conjunto com a formação de estudantes de graduação da área da saúde em ações de práticas de iniciação ao trabalho. Tem como pressuposto a educação pelo trabalho, sendo um importante dispositivo voltado para o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade, por meio de atividades que envolvem o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social.

O programa é destinado aos preceptores (profissionais vinculados à Rede Pública de Saúde), estudantes e docentes de curso de graduação da área da saúde que, representados por suas instituições de ensino, em conjunto com as secretarias de saúde estaduais e municipais, elaboram projetos cujas ações contemplam recomendações do Ministério da Saúde para a qualificação dos profissionais e formação de estudantes da área de saúde em consonância com as necessidades do SUS.

6.8. Preceptorial - vide capítulo 5

6.9. Alimentação do Sistema de Informação (e-SUS)

O Departamento de Atenção Básica (DAB) emitiu em 20 de agosto de 2015 uma Nota Técnica sobre a alimentação do SISAB pelos profissionais das equipes.

Ao citar artigos da PNAB e da Carta de Direitos do Cidadão no SUS, que destacam a importância da alimentação dos dados nos sistemas nacionais de informação e das atribuições comuns a todos os profissionais. Com a introdução do SISAB e de acordo com a Nota Técnica de 20 de agosto de 2015 a digitação das fichas no sistema é obrigatória. Para isso o município tem autonomia para definir quem serão os responsáveis pela digitação dos dados no sistema de informação. Na cidade de Uberaba ficou definido que a digitação dos procedimentos odontológicos individuais e coletivos é de responsabilidade da ESB: CD e ASB.

7 - Acolhimento e Formas de Acesso

7.1. Acolhimento

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 usuários 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. Na AB, 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 no acesso, na qualidade do serviço e obter maior resolutividade dos problemas.

7.1.1. Critérios

- O C.D da A.P.S é responsável pela garantia do acesso a todos os usuários, independente de ciclos de vida, gênero, raça, problema de saúde apresentado ou território de abrangência.
- Acolher o usuário a todo momento por qualquer profissional do serviço de saúde, preferencialmente no início de cada período de trabalho pela equipe de saúde bucal;
- Acolher a demanda programada e espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adulta e terceira idade);
- Realizar o acolhimento para a classificação de risco em dia e horário mais adequado com a realidade de cada unidade;
- Reconhecer e dialogar com o paciente respeitando sua visão de mundo e interpretação do processo de saúde-doença;

7.2. Acesso

O acesso poderá ser realizado em todos os espaços da AB, de forma programada, de acordo com a classificação de risco em saúde bucal (escolares) e classificação por grau de risco da população da área de abrangência ou de forma espontânea.

a) Demanda programada

É um dos principais desafios do desenvolvimento do processo de trabalho da ESF que deve ser embasado em planejamento de ações com base em classificação de risco em Saúde Bucal.

Para isso, as agendas dos profissionais são organizadas de forma programada com períodos específicos para procedimentos e atividades (VELLOSO, 2012). A demanda programada é aquela agendada previamente, ou seja, toda demanda gerada de ação prévia a consulta, sendo um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de Atenção Primária a Saúde (APS) pautada em ações preventivas e curativas. Dentre as modalidades de acesso programado aos serviços de saúde bucal também são contemplados: os grupos prioritários, retornos programados e contrarreferência. Além disso:

- A demanda programada deve seguir o seguinte roteiro a cada três anos:
 - ✓ Realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência;
 - ✓ Realizar o planejamento local de saúde juntamente com a equipe;
 - ✓ Identificar os pacientes prioritários;
 - ✓ Construir a agenda de demanda programada.

Obs.: Lembrar que:

- Gestantes devem ter seu acesso garantido;
- Escolares que moram na área de abrangência e estudam na escola onde o profissional da ESF realiza o PSE entrarão na fila da classificação de risco à medida em que comparecerem na unidade de saúde com o bilhete enviado aos responsáveis através da escola;

b) Demanda espontânea

É qualquer atendimento não programado na Unidade de Saúde, deve ser acolhido na atenção básica e representa uma necessidade momentânea do usuário. Pode ser uma informação, um agendamento de consulta, uma urgência ou uma emergência, remoção de sutura.

- **Urgência:**
 - ✓ O atendimento de Urgência visa eliminar a dor de origem dental, controlar episódios infecciosos, tratar as consequências de eventos traumáticos e restabelecer o conforto temporário até a busca de uma solução definitiva por parte do paciente, em todos os níveis de atenção de Rede de Saúde Bucal. As ações de urgência incluem sobretudo aliviar os sintomas e

amenizar o sofrimento. Situações de urgência e/ou emergência, em odontologia, devem ser acolhidas em todos os níveis de atenção, sem distinção territorial.

- ✓ É atribuição do Cirurgião Dentista da atenção básica acolher o usuário em situação de urgência e emergência de forma humanizada, individualizada e com escuta qualificada. Ao se deparar com uma demanda espontânea, e por isso inesperada, o CD deve acolher o usuário e definir se o caso se trata de emergência, urgência ou intervenção programada. No caso de emergência e urgência o CD deve registrar, de forma detalhada, as informações sobre o atendimento prestado e arquivar o prontuário a fim de resguardar direitos do paciente e seu exercício profissional. As lesões também devem ser descritas quanto à localização, aspecto, extensão, relacionando os dentes envolvidos em suas faces e regiões atingidas. Após o atendimento de urgência o usuário deverá ser orientado a dar continuidade ao tratamento na Unidade de Saúde próxima ao seu domicílio.
- ✓ A urgência será atendida preferencialmente no início do turno de trabalho pelo profissional que estiver responsável pelo atendimento clínico, independente da área de abrangência.
- **Emergência:** edemas, hemorragias e traumas recentes (ocorrido no mesmo período) deverão ser acolhidos imediatamente e, após avaliada as condições clínicas do usuário (gravidade do caso) e a infraestrutura da unidade, proceder ao atendimento ou encaminhamento imediatos para o local mais adequado, comunicando ao departamento de saúde bucal para agilizar o processo.
- **Classificação de Risco:** vide quadro do capítulo 3.

Acolhimento com classificação de risco será realizado pelo cirurgião dentista:

 - ✓ Realizar cinco acolhimentos de classificação de risco nos períodos em que o profissional é responsável pelo consultório, em horário mais adequado com a realidade de cada unidade;
 - ✓ Orientar os pacientes que informações e dúvidas sobre o acolhimento serão prestadas no horário destinado ao mesmo;
 - ✓ Preencher os formulários distintos de classificação de risco;

-
- ✓ Cada profissional deverá ter sua pasta de classificação de risco;
 - ✓ Informar ao paciente sobre o tempo provável de espera para ser chamado para o tratamento;
 - ✓ Esclarecer o usuário sobre a corresponsabilidade em relação a sua saúde bucal e o comparecimento às consultas odontológicas;
 - ✓ Respeitar o princípio de equidade disponibilizando o maior número de vagas para os pacientes classificados com R1. Como por exemplo: 70% das vagas R1, 20% das vagas R2 e 10% vagas R3;
 - ✓ Serão feitas três ligações em horários diferentes para marcar horário para o tratamento do paciente classificado com risco, se não atenderem perderão a vaga para tratamento odontológico.

Obs.: Pacientes faltosos:

- a. Pacientes que faltarem sem justificativa à primeira consulta perderão a vaga;
- b. Pacientes em tratamento que faltarem deverão remarcar seu retorno em no máximo em 7 dias, caso contrário perderão a vaga.
 - Duas faltas sem justificativa, subsequentes ou não, perderão a vaga;
 - Três faltas com justificativa, subsequentes ou não, perderão a vaga;
 - O reagendamento deverá ser nos horários do acolhimento de classificação de risco.

8 - Normatização da Primeira Consulta Odontológica Programática

8.1. Primeira consulta odontológica programática:

É o momento no qual se realiza a avaliação das condições gerais de saúde do paciente, seu exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e o plano preventivo-terapêutico para o seu acompanhamento. As informações devem ser registradas em prontuário e a recomendação é de que seja feita uma primeira consulta por pessoa por ano.

a) Anamnese

É de suma importância conhecer a história médica e odontológica pregressa do paciente antes de qualquer procedimento odontológico, é um cuidado que todo cirurgião-dentista deve ter.

Ao realizar a anamnese o profissional deve solicitar a aferição da pressão arterial e se diabético a glicemia, atentar para relatos de alergia a determinados medicamentos e problemas com anestesia.

Informações coletadas sobre a saúde física e psicológica atual, hábitos e história pregressa de enfermidades, deverão ser anotadas no prontuário e o mesmo acessado a cada retorno. Novas informações podem ser acrescentadas qualquer momento e se houver necessidade solicitar por escrito uma avaliação médica do estado geral de saúde do paciente.

b) Motivar a higienização

- Escovação supervisionada;
- Uso do fio dental;
- Uso da pasta dental.

c) Aconselhamento dietético

Como a dieta é um dos principais fatores no desenvolvimento da cárie e a modificação dos hábitos alimentares é extremamente difícil, torna-se fundamental uma avaliação dietética, educação e motivação dos pacientes.

d) Profilaxia

Pode ser realizada com jato de bicarbonato, com escova de Robson e pedra pomes ou pasta profilática. É necessária para a remoção completa da placa.

e) Raspagem Alisamento Polimento por sextante (RAP) quando necessário

Procedimento que engloba a remoção de indutos, placa bacteriana e cálculo dental supra gengivais através da raspagem, alisamento e polimento de superfície coronoradicular a cada seis elementos dentários.

f) Exame clínico odontológico

Avaliar:

- Dentes;
- Gengivas
- Mucosas orais:
 - ✓ Coloração,
 - ✓ Presença ou não de lesões na bochecha, língua e palato
- Restaurações com margens mal adaptadas.

g) Exame Radiográfico

• **Radiografias periapicais**

I. Indicações para o exame do dente e das estruturas que o rodeiam:

- ✓ Relação dente decíduo/germe do permanente
- ✓ Dente com cárie profunda
- ✓ Dente com comprometimento periodontal ou endodôntico
- ✓ Dente traumatizado
- ✓ Dente com extensa restauração
- ✓ Anomalias dentárias
- ✓ Nódulos e calcificações pulpare
- ✓ Reabsorções e lesões periapicais
- ✓ Grau de rizólise/rizogênese

Obs.: Nunca solicitar boca total de forma indiscriminada/como rotina

• **Radiografias interproximais**

I. Indicações

- ✓ Diagnóstico de lesões cárie proximais, oclusais e reincidentes;
- ✓ Verificação da relação cárie – câmara pulpar;
- ✓ Observação do início da doença periodontal (integridade das cristas alveolares);

-
- ✓ Observação do assoalho da câmara pulpar e osso inter-radicular.
 - II. Periodicidade da solicitação do exame radiográfico interproximal
 - ✓ Primeira Consulta - solicitar sempre caso haja contato entre molares e/ou pré-molares
 - ✓ Consulta de retorno – Criança: com atividade ou risco da doença cárie de 12 em 12 meses e sem atividade da doença cárie 24 em 24 meses

Obs.:

- Verificar no prontuário do paciente se há radiografias anteriores, a sua qualidade e a data em que foram realizadas;
- As radiografias devem ser solicitadas apenas se contribuírem efetivamente para o diagnóstico e plano de tratamento, avaliando o momento ideal para realização do exame, o número e tipo de radiografias.

h) Plano de tratamento

- **Resolução das urgências**
 - ✓ Controlar a dor;
 - ✓ Controlar infecções agudas;
 - ✓ Tratamento de traumatismos;
 - ✓ Estética.

- **Adequação do meio bucal**

Adequação do meio bucal é caracterizada por um conjunto de medidas para a recuperação do equilíbrio biológico perdido, com base na filosofia atual de promoção de saúde. Esta abordagem compreende a realização de medidas de prevenção e controle direcionadas às doenças cárie e periodontal, a fim de reintegrar a cavidade bucal às condições de normalidade e reduzir a possibilidade de aparecimento de novas enfermidades.

A determinação do diagnóstico representa o ponto de partida para a elaboração de um plano de tratamento. Adequação do meio bucal enquadra-se nesse planejamento, com uma etapa de preparo bucal em que após exames clínicos e complementares, sobretudo exame radiográfico, as condições orais são identificadas removidas e ou controladas.

Na adequação do meio bucal as seguintes fases devem ser observadas:

- ✓ **Controle de placa bacteriana**

O biofilme consiste em uma massa bacteriana mole e aderente que se deposita continuamente sobre a superfície dental. Seu controle é um conjunto de medidas que têm como objetivo a remoção e prevenção de sua recorrência através de meios mecânicos e químicos. Como exemplo, podemos citar: a escovação (com escova e pasta dental), o uso do fio dental e também o uso de colutórios bucais logo no início o tratamento.

✓ **Remoção parcial do tecido cariado e selamento provisórios**

As cavidades devem ser preenchidas preferencialmente com cimento à base de ionômero de vidro devido às suas propriedades tais como: adesão à estrutura dentária, liberação contínua de flúor e efeito cariostático. Esta ação visa interromper o circuito metabólico das bactérias presentes no tecido cariado, paralisar a progressão da lesão, proteger a polpa de injúrias e diminuir os focos de infecção microbiana.

✓ **Procedimentos básicos (periodontia)**

É uma medida preliminar essencial e visa a eliminação de agentes etiológicos locais das alterações periodontais, envolvendo não apenas a placa bacteriana e o cálculo dentário, mas também as condições, que mesmo indiretamente, possam ser fatores etiológicos ou perpetuar situação pré-existent.

✓ **Selamento de fôssulas e fissuras**

Aplicação de selante ionomérico oclusal em pacientes de alto risco ou com atividade de cárie para proteger estas áreas de maior acúmulo de placa impedindo a retenção de restos alimentares e o acúmulo de bactérias com potencial cariogênico.

Obs.: Essa técnica tem apresentado resultados clínicos satisfatórios sobretudo quando usada em associação com outras medidas de prevenção.

• **Planejamento restaurador**

- ✓ Restaurações com amálgama;
- ✓ Restaurações com resina fotopolimerizável;
- ✓ Restaurações com cimento ionômero de vidro.

• **Planejamento periodontal**

- ✓ Raspagem, alisamento e polimento coronaradicular.

• **Planejamento cirúrgico**

✓ Exodontias;

✓ Ulotomia.

- **Planejamento do uso de fluoretos de acordo com a necessidade do paciente**

- **Planejamento de manutenção e controle do tratamento realizado**

✓ Estipular a periodicidade do retorno do paciente se necessário.

Todos os métodos preventivos baseados na utilização de flúor promovem aumento de sua concentração na cavidade bucal para interferir no processo de des-remineralização.

A atividade de cárie é um fator decisivo para se estabelecer programas individuais à base de fluoretos que podem ser realizados de diferentes formas tais como:

- Pastas dentais fluoretadas;
- Aplicação tópica de flúor gel pelo profissional;
- Pastas profiláticas com flúor;
- Verniz fluoretado.

9 - Procedimentos Individuais Preventivos

9.1. Orientações

a) Alimentação saudável:

A alimentação tem um papel fundamental na satisfação das necessidades biológicas e energéticas inerentes para um bom funcionamento do organismo. Contudo, o ato de comer também é uma fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. A nutrição e a dieta proporcionam qualidade de vida, previnem doenças e melhoram a resistência imunológica.

Carências ou excessos nutricionais podem ocasionar alterações anatômicas e fisiológicas na mucosa oral e nas glândulas salivares.

Uma alimentação saudável é relevante no desenvolvimento dentário no período de formação, erupção e pós-erupção, bem como na manutenção do dente íntegro. Sendo que a cariogenicidade dos alimentos está relacionada ao tempo de permanência na cavidade bucal e suas características físicas de consistência e adesividade.

b) Higiene e fisioterapia oral:

O paciente precisa estar motivado a realizar a sua higiene bucal, recebendo orientação do profissional, compreendendo o processo cariogênico e periodontal, assim entenderá que a prevenção é o melhor meio de evitar as doenças.

- **Objetivos**

- ✓ Remover a placa que se acumula na porção corono-radicular;
- ✓ Estimular a irrigação sanguínea;
- ✓ Aumentar a queratinização;
- ✓ Preservar ou restabelecer a saúde periodontal;
- ✓ Aumentar a permanência dos dentes na cavidade bucal.

- **Métodos**

- ✓ Mecânicos: escova dental, fio ou fita dental (vide capítulo 4);
- ✓ Químicos: pasta dental e bochecho com Clorexedine a 0,12% (se necessário).

9.2. Evidenciação de placa (a critério do profissional)

- Aplicar a solução evidenciadora nas superfícies dos dentes com bolinha de algodão;
- Solicitar que enxague com água e cuspa;
- Orientar o usuário para observar as superfícies coradas

9.3. Escovação supervisionada

- Ensinar a técnica de escovação (vide capítulo 4);
- Observar o usuário realizando os movimentos.

9.4. Profilaxia

- Com jato de bicarbonato;
- Com escova de Robson e pasta profilática/ pedra pomes.

9.5. Selantes baseados na técnica do Tratamento Restaurador Atraumático

As fissuras devem ser seladas com o objetivo de prevenir e/ou paralisar as lesões, uma vez que quando as bactérias são isoladas da sua fonte de nutrição há uma diminuição do número de microrganismos viáveis e os remanescentes ficam incapazes de causar mais destruição dentária.

a) Indicações

- Lesão de cárie restrita ao esmalte;
- Fóssulas e fissuras profundas em dentes hígidos;
- Pacientes com alto risco à doença cárie.

b) Técnica

- Preparo dos instrumentos e materiais;
- Remoção da placa dental com profilaxia;
- Lavagem e secagem da cavidade;
- Isolamento do dente com rolete de algodão, conservando a área de tratamento livre de saliva;
- Secagem da cavidade;
- Condicionamento das fóssulas e fissuras com ácido poliacrílico (líquido do ionômero) por 10 a 15 segundos;
- Aplicação um leve jato de ar;
- Proporcionamento e manipulação do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade mantendo rigorosamente as recomendações do fabricante;

-
- Aplicação do ionômero em todas as fóssulas e fissuras com a ponta arredondada da espátula de inserção;
 - Recobrir um pouquinho além da região das fóssulas e fissuras cuidando para não recobrir as cúspides dos dentes;
 - Pressionar o ionômero de vidro manipulado para dentro das fóssulas e fissuras com pressão digital, com o dedo indicador enluvado e lubrificado com um pouquinho de anestésico tópico. Deslizar o dedo lateralmente após alguns segundos;
 - Realização do ajuste oclusal com auxílio de papel carbono e esculpidor removendo todo o excesso visível de ionômero. Evitar o uso de alta rotação;
 - Novo isolamento relativo;
 - Aplicação de verniz;
 - Remoção dos roletes de algodão;
 - Instrução do paciente para não mastigar nas duas horas após a realização do selante.

c) **Monitoramento do selante ionomérico**

Falha no selante ionomérico:

- Causas: aplicação do selante em fóssulas e fissuras rasas; manipulação imprópria do material; falta de ajuste oclusal; falta de adesão do ionômero à superfície dentária.
- Manejo:
 - ✓ Sem presença de cárie não é necessário nenhum tratamento adicional, apenas monitoramento e medidas preventivas.
 - ✓ Com presença de cárie pequena e sem cavitação o selamento deve ser refeito;
 - ✓ Com presença de cavitação evidente, deve ser realizada restauração ionomérica;
 - ✓ Se houver continuidade no desenvolvimento da cavidade sob um selante antigo a mesma deve ser restaurada.

9.6. Aplicação tópica de flúor

9.6.1. Flúor gel

- Realizar a profilaxia;
- Secar;

-
- Aplicar o flúor gel seguindo as recomendações do fabricante;
 - Solicitar ao usuário para não enxaguar a boca e não ingerir alimentos por 30 minutos.

9.6.2. Verniz com flúor

- Realizar a profilaxia;
- Agitar o frasco;
- Secar;
- Aplicar o verniz com flúor seguindo as recomendações do fabricante;
- Molhar levemente com água
- Recomendar a não ingestão de alimentos sólidos por uma (1) hora e não escovar os dentes até antes de dormir.

10 - Atendimento à Gestante

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais esperadas e evolução, na maioria dos casos, sem intercorrências, mas que impõe ao CD a necessidade de conhecimentos sobre essas alterações sistêmicas para uma abordagem diferenciada.

A atenção à saúde bucal deve integrar o cuidado pré-natal, a partir da interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde, de forma articulada, devido ao impacto da saúde bucal na saúde geral. Melhorar a saúde bucal da gestante otimiza a saúde geral e contribui na saúde do bebê. Um reforço educacional contínuo deve ser feito, pois durante a gravidez a gestante tende a descuidar da saúde em função de ter sua atenção voltada para o bebê. A mãe e a família são fundamentais na construção do comportamento aprendidos durante a infância, ações de educação e prevenção voltadas a gestantes refletem na qualidade de vida e na saúde de toda a família, propiciando a formação de hábitos adequados desde o início da vida.

Durante a gestação a futura mãe está mais sensível a apreender. Filhos veem as mães como espelhos e tendem a repetir o que elas fazem. Crianças cujas mães têm doenças orais, têm mais chances de também sofrerem com essa condição. O sofrimento e stress resultantes de doenças orais podem afetar o desenvolvimento e bem-estar da criança.

10.1. Sugestão de organização do processo de trabalho em equipe

A organização do processo de trabalho da equipe deve favorecer o acesso da gestante à consulta odontológica, como a agenda compartilhada ou inter consulta, não restringir seu acesso somente a determinados horários/dias.

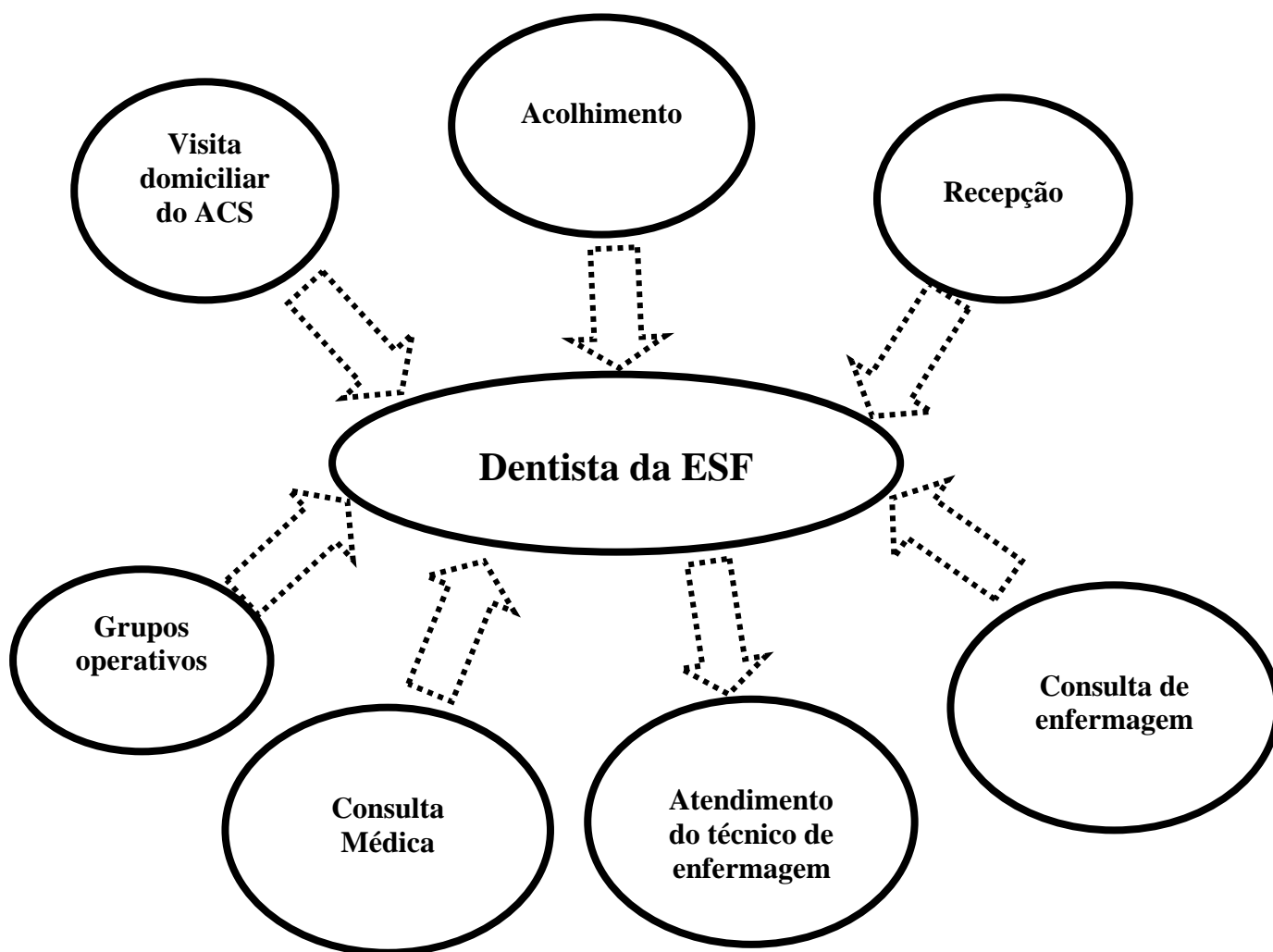
A equipe de saúde deve encaminhar a gestante, logo que identificada, para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal, em visitas domiciliares, na unidade de saúde, em grupos operativos. A gestante identificada no domicílio deve ser indagada sobre suas condições de saúde, se está bem, se tem alguma queixa e se já realizou alguma consulta de pré-natal. Caso não esteja sendo acompanhada no pré-natal, orientá-la a buscar a UBS.

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 na gestação (dente fraco neste período, antibiótico como fator

etiológico da cárie), esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes à consulta odontológica e ser fonte de captação das mesmas.

A ESB 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. Recomenda-se que sua avaliação seja feita de forma conjunta entre o cirurgião-dentista e o médico de referência para garantir o atendimento seguro. Gestantes podem e devem ser atendidas pelo cirurgião dentista da AB, em qualquer período gestacional, entretanto, o segundo trimestre é mais indicado por ser uma fase de maior estabilidade. As mesmas devem 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.

10.1.1. Formas de captação da gestante para o atendimento odontológico



10.2. Ações coletivas e educativas

As orientações sobre saúde bucal podem ser inseridas nos espaços já existentes nas unidades, em salas de espera, no domicílio ou em grupos específicos para essa finalidade. Recomenda-se realizar ações de educação em saúde em grupos de até 12 pessoas através da metodologia problematizadora, estimular com perguntas e induzir à troca de experiências entre os participantes. As orientações podem ser inseridas a partir do conhecimento dos mesmos, nas quais deverão ser abordados os cuidados pessoais com relação a higienização, necessidade de tratamento e intervenção odontológica, dieta, aleitamento materno, preparo do peito para a amamentação, crescimento e desenvolvimento orofacial do bebê, dentição decídua, transmissibilidade da cárie dentária, dentre outros temas.

10.3. Educação em Saúde Bucal para gestantes

As ações de educação em saúde e prevenção devem ser realizadas a qualquer momento, para gestantes e puérperas onde deverão ser abordados os aspectos a seguir:

a) Temas pertinentes ao período de gestação

- Alterações bucais que ocorrem na gravidez;
- Processo saúde-doença da cárie dentária;
- Gengivite e doença periodontal;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Relação entre saúde bucal e saúde geral;
- Importância dos dentes decíduos e permanentes.

b) Benefícios do aleitamento materno

- Enfatizar a importância da amamentação para o crescimento e desenvolvimento orofacial;
- Ensinar sobre o preparo do peito para a amamentação;
- Enfatizar a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses de idade;
- Ensinar sobre a técnica de ordenha manual e armazenamento do leite;
- Enfatizar a importância da respiração nasal;
- Incentivar sobre a importância de não oferecer chupetas ou mamadeiras.

c) Introdução de alimentos

- Incentivar sobre a importância de dieta equilibrada e de evitar alimentos cariogênicos;

-
- Ensinar sobre como a alimentação inadequada pode comprometer o paladar do bebê;
 - Ensinar sobre a importância de uma mastigação eficiente, inclusive para a prevenção de maloclusões dentárias.

d) Reforçar o autocuidado com a saúde bucal da gestante

- Orientar sobre os cuidados quando houver enjoos e vômitos;
- Orientar sobre a higienização bucal;
- Ensinar técnicas e frequência de escovação dentária e do uso de fio dental.

e) Cuidados com o bebê

- Orientar quanto a limpeza da boca antes e após a erupção dos dentes;
- Informar sobre a transmissibilidade da cárie dentária;
- Enfatizar a importância da dentição decídua;
- Informar sobre a prevenção de cáries precoces da infância;
- Informar quanto ao risco do aleitamento noturno.

10.4. Alterações sistêmicas relacionadas à gestação

O CD deve conhecer as alterações relacionadas à gestação, a fim de evitar complicações durante o atendimento.

10.4.1. Alterações cardiovasculares:

Durante a gestação, para garantir o ajuste contínuo do volume sanguíneo, ocorre aumento da frequência cardíaca, do consumo de oxigênio, do débito cardíaco e do volume sistólico. Pressão arterial sistêmica, normalmente diminui até a metade da gestação, e aumenta gradativamente até o final, atingindo valores similares aos do início do período gestacional. Essas alterações devem ser acompanhadas visto que podem agravar um problema cardíaco pré-existente e, conseqüentemente, levar a morbidade e mortalidade (MACHADO; MELO; NASCIMENTO NETO, 2003; FINKELSTEIN et al., 2004).

10.4.2. Alterações respiratórias:

A mulher necessita de mais oxigênio durante a gestação, para ela e para o bebê ocorrendo um aumento do consumo deste e da frequência respiratória. Observa-se que é comum a obstrução das vias aéreas superiores causada pelo edema, hipersecreção e hiperemia das mucosas. Podem surgir desordens respiratórias do sono como o ronco e um aumento na incidência da síndrome da apneia obstrutiva nesse período (SILVA et al., 2006).

10.4.3. Alterações hormonais

As exigências de insulina na mulher grávida estão aumentadas, podendo converter o diabetes subclínico assintomático em diabetes clínico (diabetes gestacional). A hipoglicemia é frequentemente associada à gravidez. A elevação da gonadotrofina coriônica humana e hipoglicemia podem causar os enjoos matutinos (MOORE; PERSAUD, 2000).

10.4.4. Alterações bucais

As principais alterações bucais no período de gestação incluem a cárie dentária, erosão, gengivite, hiperplasia gengival, granuloma gravídico e xerostomia.

10.4.4.1. Cárie dentária

Essa patologia não é predisposta pela gestação e sim relacionada às alterações alimentares, como o maior consumo de açúcares, à hiperacidez do meio bucal e, principalmente, à presença de biofilme devido à negligência na higienização bucal. Alguns fatores como enjoos e vômitos podem contribuir para a deficiência dessa higienização aumentando o risco de cárie e doença gengival. Para diminuir esses episódios, a gestante deve ser orientada a alimentar-se em períodos menores e escolher alimentos mais secos ou frutas. Caso vomite, fazer bochecho com água e aguardar meia hora para escovar os dentes. Além disso, as alterações salivares, tais como a mudança na sua composição e a menor taxa de secreção levam à queda de pH, reduzindo, portanto, a sua capacidade tampão podendo estar relacionadas ao risco a cárie aumentado nesse período.

10.4.4.2. Erosão

A erosão dentária é um processo de perda de estrutura dental, desgaste dos dentes, sem a presença de bactérias, por meio de um processo químico de ataque ácido que pode ser causada por vômitos e refluxo recorrentes, sendo as superfícies palatinas dos dentes anteriores superiores as mais afetadas. Como tratamento sugere-se o uso de bochechos fluorados, que atuará sobre a desmineralização e auxiliará na redução da sensibilidade dentinária causada pela acidez desses episódios.

10.4.4.3. Gengivite

É caracterizada por um quadro de hiperemia, edema e sangramento gengival, tem como principal causa o biofilme dental, mas pode ocorrer durante a gestação pela variação dos níveis hormonais e deficiências nutricionais. É

denominada gengivite gravídica, com prevalência de 35% a 100% dos casos. Por isso é importante a adoção de hábito diário de higiene bucal, utilizando fio dental diariamente, escova de dentes macia com pasta dental.

Alterações na composição da placa subgengival, na resposta imune da gestante e na concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam na resposta do periodonto, tornando a gengivite da gravidez muito frequente, perda no osso de sustentação e mobilidade dental (periodontite). A região anterior da boca é mais comumente afetada e as áreas interproximais tendem a ser mais envolvidas.

A higiene bucal é o principal fator na prevenção e redução da severidade de alterações inflamatórias e estão indicados procedimentos como profilaxia, raspagem, aplicação tópica de flúor que podem e devem ser realizados durante qualquer trimestre da gestação.

10.4.4.4. Hiperplasia gengival e granuloma piogênico (granuloma gravídico)

O granuloma piogênico é uma lesão benigna, de crescimento rápido e facilidade para sangramento. É uma resposta inflamatória acentuada da gengiva causando hipertrofia em decorrência da presença de biofilme, cálculo e excessos de material restaurador odontológico. Ocorre mais frequentemente nas papilas interdentais dos dentes superiores. Quando ocorre na gestação é denominado granuloma gravídico, geralmente aparece no primeiro trimestre devido a mudanças hormonais (pode se estender até o terceiro trimestre) e regride após o nascimento do bebê. A remoção durante a gestação é indicada quando existir interferência na mastigação, dor ou problema estético e deve ser seguida de raspagem e alisamento da superfície do dente.

A higiene oral adequada é importante para minimizar fatores sistêmicos ocasionados por hiperplasia gengival.

Obs.:

- A gestação não causa doenças bucais, mas a higiene inadequada pode agravar quadros de problemas pré-existentes.
- Doença periodontal em gestantes pode estar relacionada com pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso, pois os estímulos inflamatórios podem induzir uma hiperirritabilidade da musculatura lisa uterina, provocar a contração do

útero, promover a dilatação cervical e atuar como gatilho para um parto prematuro.

- Priorizar o diagnóstico de presença de doença periodontal ativa e encaminhar para tratamento como finalidade de evitar complicações na gestação em função de condições bucais.

10.4.4.5. Xerostomia

Outra alteração bucal que pode ocorrer com algumas gestantes é a xerostomia (baixa produção de saliva), devido a questões hormonais. A mesma pode ser contornada com a utilização de goma de mascar sem sacarose, consumo de frutas secas que estimulem o fluxo salivar e o aumento da quantidade e frequência da ingestão de água.

10.5. Atenção Odontológica

A gestante tem livre acesso para o agendamento com o profissional. Caso haja uma grande procura pelo serviço por parte das gestantes o agendamento deverá ser de acordo com a classificação de risco entre elas.

Garantir ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das consultas subsequentes conforme as necessidades individuais da gestante. E caso de falta o critério utilizado para o reagendamento será o mesmo utilizados para os demais pacientes.

10.5.1. Gestação de Alto Risco

- Doenças obstétricas (pré-eclâmpsia, hemorragia na gestação, etc.);
- Intercorrências clínicas (cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, diabetes Mellito, hipertensão arterial, epilepsia, entre outras);
- No caso de dor ou de focos de infecção, sem possibilidade de se postergar a intervenção, é imprescindível o contato do CD com o médico responsável para que juntos possam melhor assistir a gestante;
- Encaminhar para o CEO caso haja necessidade.

10.5.2. Procedimentos que poderão ser realizados na Atenção Básica:

- Educação em saúde bucal;
- Profilaxia;
- Tratamento básico periodontal;
- Adequação do meio bucal (ART);
- Tratamento Restaurador;

-
- Exodontias;
 - Aplicação de flúor.

Obs.:

As radiografias deverão ser evitadas durante a gravidez, especialmente no 1º trimestre. Se houver necessidade de Rx estes poderão ser realizados com poucas tomadas radiográficas com segurança a partir do segundo trimestre gestacional com o uso de equipamentos de proteção.

10.5.3. Ações individuais

a) Orientações gerais e cuidados a serem tomados em relação ao atendimento clínico odontológico da gestante:

- Todo tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, desde que realizado com precaução, dentro de uma avaliação risco/benefício e de forma multiprofissional, o que inclui a troca de informações com o médico responsável com vistas ao melhor planejamento para execução dos procedimentos odontológicos cabíveis.
- O tratamento clínico odontológico, a exemplo de qualquer terapêutica, tem seu início na interação profissional/usuário. A qualidade dessa relação influencia a conduta do usuário frente ao tratamento, particularmente no controle da ansiedade.
- O CD deve sempre acompanhar qualquer intercorrência clínica (hipertensão, anemia, diabete, cardiopatias e outras) ou obstétrica (hemorragias, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e outras) que ocorra durante a gravidez de modo a orientar-se em relação ao planejamento do atendimento e para o controle ou prevenção de possíveis episódios de emergências médicas no consultório odontológico.
- O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada.
- A partir do 2º trimestre o feto pode promover compressão da veia cava inferior e da aorta quando a gestante permanecer em posição deitada por tempo prolongado, levando a uma diminuição do retorno venoso e possibilidade de tonteira, hipotensão e síncope. Consultas mais breves e mudança sempre que for necessário para o conforto da gestante podem

ajudar a evitar esse problema. A posição totalmente reclinada deve ser evitada.

- As urgências odontológicas devem ser sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar a complicação do quadro. Optar sempre pelo procedimento mais conservador. O tratamento necessário deve ser realizado observando as condições gerais da gestante.
- A solução anestésica local no tratamento odontológico de gestantes deve ser aquela que proporcione a melhor anestesia à gestante. Sempre que possível, as soluções anestésicas para uso em gestantes devem conter um vasoconstritor em sua composição, com o objetivo de retardar a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, aumentando o tempo de duração da anestesia e reduzindo o risco de toxicidade à mãe e ao feto.
- Os medicamentos devem ser evitados e, quando necessários, devem ser selecionados conforme preconizado. E se necessário, realizar contato com o médico.

As penicilinas (penicilina V ou amoxicilina) são os antibióticos de primeira escolha, nas dosagens e posologias habituais. Nas grávidas que apresentam história de alergia às penicilinas, deve-se optar pela eritromicina, preferencialmente sob a forma de estearato. No tratamento de infecções em fases mais avançadas, quando invariavelmente predominam bactérias anaeróbias gram-negativas, pode-se associar o metronidazol à amoxicilina, nas dosagens habituais. Reserva-se a clindamicina para gestantes alérgicas às penicilinas. Quanto à azitromicina e à claritromicina não existem estudos adequados e bem controlados para estabelecer o uso com segurança desses macrolídeos em mulheres grávidas.

Não usar Tetraciclina pelo seu efeito colateral de causar pigmentação nos dentes do feto. A escolha de medicação também deverá ser cuidadosa durante o período de lactação.

Obs.: Medicamentos para uso em gestante (vide capítulo 17)

- Exodontias ou cirurgias não são contraindicadas, devendo ser realizadas com precaução e apenas quando não for possível adiá-las para após a gravidez.

b) Prevenção e tratamento odontológico

A primeira consulta odontológica programática consiste em preenchimento completo do prontuário e avaliação criteriosa do período gestacional, intercorrências obstétricas e clínicas, a necessidade de uso de medicamentos ou anestésico local e planejamento do tratamento, na anamnese é indispensável obter um relato da sua história sistêmica, antecedentes familiares com informações sobre saúde geral.

O tratamento odontológico pode e deve ser realizado durante a gestação. A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais, a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários, raspagem e alisamento coronoradicular, restaurações convencionais e exodontias simples deverão ser realizados imediatamente. Gestantes com intercorrências gestacionais ou no último trimestre de gestação deverão ter procedimentos eletivos postergados.

O contato com o obstetra pode ser eventualmente necessário e seria interessante se o agendamento para as consultas odontológicas pudesse ser realizado preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal, assim como a primeira consulta do bebê ser agendada no mesmo dia da consulta de puerpério. As consultas odontológicas poderão ser programadas sendo: pelo menos 3 para a gestante e uma para puérpera a ser realizada até 42 dias após o parto.

c) Consulta odontológica

- Conduas:
 - ✓ Realizar anamnese e exame clínico buscando informações sobre possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante para elaborar o melhor plano de tratamento possível;
 - ✓ Coletar informações, quando possível, a partir do cartão/caderneta da gestante, local onde está anotado todo o acompanhamento de pré-natal;
 - ✓ Registrar toda consulta no prontuário odontológico da paciente;

-
- ✓ Aferir pressão arterial e se necessária glicemia antes do procedimento odontológico;
 - ✓ Preferencialmente o trabalho com gestantes deve ser realizado em equipe, multiprofissional;
 - ✓ O atendimento individual das gestantes deverá ser feito de forma a considerar o melhor período para as intervenções específicas. Vide quadro abaixo.

| Período Gestacional | Cuidados | Procedimentos |
|---|--|--|
| 1º Trimestre | <ul style="list-style-type: none"> Neste período os tratamentos eletivos devem ser evitados devido as principais transformações embriológicas, indisposição da gestante e vulnerabilidade do feto, o que está relacionado com a maior incidência de abortos espontâneos; Evitar tomadas radiográficas e se necessário usar equipamento de proteção; Medicamentos e anestésicos locais podem ser usados com indicação criteriosa; Referenciar a gestante para a equipe de saúde caso a porta de entrada tenha sido a saúde bucal. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profilaxia ✓ Tratamento periodontal básico ✓ Eliminar focos infecciosos ✓ Procedimentos restauradores básicos |
| 2º Trimestre | <ul style="list-style-type: none"> Realizar intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais; Realizar procedimento cirúrgico necessário, pois este é o melhor período. Radiografar quando necessário usando o equipamento de proteção. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profilaxia ✓ Tratamento periodontal básico ✓ Procedimentos restauradores básicos ✓ Eliminar focos infecciosos ✓ Fluorterapia tópica ✓ Endodontias quando necessário ✓ Cirurgias e exodontias quando necessário |
| 3º Trimestre | <ul style="list-style-type: none"> Realizar tratamento odontológico somente quando necessário pois neste período a gestante pode apresentar hipertensão arterial e anemia; Evitar o tratamento odontológico prolongado devido ao desconforto na cadeira, hipotensão postural e risco de síncope; Radiografar quando necessário usando o equipamento de proteção. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profilaxia ✓ Tratamento periodontal ✓ Procedimentos restauradores básicos ✓ Eliminar focos infecciosos ✓ Fluorterapia tópica |
| Obs.: <ul style="list-style-type: none"> Enfatizar a importância do autocuidado em saúde bucal durante todo período gestacional; Realizar os atendimentos de urgências odontológicas na gestante durante todo período gestacional, pois as consequências da dor e da infecção podem ser muito mais maléficas à mãe e ao feto do que aquelas decorrentes do tratamento odontológico; Optar sempre pelo procedimento mais conservador; Programar as grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas para depois do nascimento do bebê devido ao risco de estresse e bacteremia. | | |

11 - Pacientes que Requerem Cuidados Adicionais

11.1. Diabete Melito

O Diabete Melito (DM), doença metabólica sistêmica crônica, os tipos mais comuns de diabete são o tipo 1, tipo 2, e o diabete gestacional.

- **Tipo 1:** geralmente tem início agudo, em pacientes ainda jovens, de raça branca, havendo tendência a desenvolver cetoacidose.
- **Tipo 2:** geralmente tem início mais brando, em idade mais avançada, sexo feminino (particularmente em mulheres que tiveram diabete gestacional e negros, relacionado à hereditariedade, obesidade e falta de exercício físico. A cetoacidose costuma ocorrer em situações específicas como em infecções graves.
- **Gestacional:** desenvolvido durante a gestação, podendo desaparecer no pós-parto ou permanecer.

Dentre os agravos relacionados ao DM encontram-se: disfunção e falência de órgãos vitais, podendo ocasionar problemas renais, oculares, cardíacos e vasculares. A hipertensão arterial é duas vezes mais comum em diabéticos, sendo a principal causa de morte a doença cardiovascular. Os sintomas mais frequentes são a poliúria, polifagia, polidipsia e perda de peso.

Os valores da glicemia de jejum são considerados normais até 110 mg/dl, sendo que entre 110 e 125 considera-se predisposição ao desenvolvimento da diabete e acima de 125 considera-se diabete, devendo para tanto aparecer em dois exames em dias diferentes.

11.1.1. Parâmetros da glicemia

| Momento da avaliação | Bom (Até) | Regular (Até) | Ruim (Acima de) |
|------------------------|-----------|---------------|-----------------|
| Jejum | 110 | 130 | 130 |
| 1 h após a alimentação | 160 | 180 | 180 |
| 2 h após a alimentação | 140 | 150 | 150 |
| 3 h após a alimentação | 110 | 130 | 130 |

Adaptado de Protocolo Clínico e de Regulação- SMS de Ribeirão Preto

Caso seja possível é desejável analisar também o resultado da hemoglobina glicosada ou glicada, que demonstra a média das glicemias por um período de 60 a 90

dias, antes do exame. São considerados parâmetros normais os valores de 2,2 a 4,8%, controlados de 2,5 a 5,9%, aceitáveis de 6 a 7% e mal controlados acima de 7%. A hemoglobina glicosada pode sofrer influência direta da doença periodontal.

Os sintomas bucais mais frequentes nos pacientes diabéticos são: xerostomia, língua ardente, alteração do paladar, infecções recorrentes, tendência a candidíase e queilite angular, cicatrização lenta, aumento na incidência de cáries de rápida progressão. A prevalência de doença periodontal é alta podendo haver inflamações gengivais, hiperplasia gengival, periodontites, perda óssea rápida e progressiva.

11.1.2. Tratamento odontológico do paciente com diabetes

| Risco | Parâmetros | Conduta |
|-----------------|---|---|
| Pequeno | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Glicemia menor de 150 mg/dl ✓ Sem complicações recentes da doença | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimentos não cirúrgicos, de curta duração; ✓ Procedimentos cirúrgicos ou de maior duração: interconsulta com o médico; ✓ Anestesia local: sem contraindicação ao uso de soluções com Epinefrina; ✓ Na presença de infecções: o tratamento deve ser agressivo, sendo que a intervenção local deve ser priorizada; ✓ Antibioticoprofilaxia pode ser indicada em intervenções cirúrgicas invasivas; ✓ Infecções de maior gravidade: ambiente hospitalar. |
| Moderado | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Glicemia entre 150 e 250 mg/dl ✓ Sintomas ocasionais ✓ História de complicações não recentes (cetoacidose ou hipoglicemia ocasional) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerar caso a caso após interconsulta com o médico; ✓ Postergar procedimentos eletivos; ✓ Controle das infecções bucais por medicação; ✓ Considerar internação para procedimentos cirúrgicos extensos e demorados |
| Alto | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Glicemia maior de 250 mg/dl ✓ Controle metabólico ruim ✓ Quadros de cetoacidose e hiperglicemias frequentes e recentes ✓ Múltiplas complicações diabéticas ✓ Glicosúria | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratamentos eletivos contraindicados até estabilização; ✓ Controle das infecções bucais por medicação. |

11.1.3. Precauções durante o atendimento odontológico do diabético

- O tratamento odontológico adequado de pacientes diabéticos necessita de uma atuação interprofissional dentista/médico/enfermeiro, pois focos de infecção oral podem causar hiperglicemia, sendo a intervenção odontológica necessária para auxiliar no controle da mesma e alcançar níveis aceitáveis.

Por outro lado, a hiperglicemia pode dificultar o atendimento odontológico expondo o paciente a riscos à sua saúde.

- Considerar com o médico o uso de sedação auxiliar para reduzir o estresse;
- Controle da dor: Paracetamol ou Dipirona.
- Antiinflamatórios: Evitar o uso prolongado de antiinflamatórios não esteróides (Cataflan, Voltaren, Piroxican, Arcóxia, Prexige) que podem interagir com a medicação anti-hipertensiva. Como precaução usar somente por 24h, um a cada 8h.
- Antibiótico: Penicilinas, podendo ser associadas ao Metronidazol;
- Alérgicos às Penicilinas: Eritromicina (infecções em fase inicial) ou Clindamicina (infecções em fase adiantadas).
- Consultas curtas e no meio da manhã;
- A epinefrina, vasoconstritor comumente associado à lidocaína, tem ação oposta à insulina, sendo considerada hiperglicemiante. A probabilidade de ocorrerem alterações metabólicas após a administração de epinefrina, nas concentrações utilizadas em Odontologia, é baixa. O risco é maior nos diabéticos não controlados e nos que recebem insulina. Diabéticos dependentes de insulina e estáveis podem se beneficiar de pequenas doses de vasoconstritor. A presença de DM não controlado é uma contraindicação absoluta ao uso de vasoconstritores adrenérgicos associados a anestésicos locais. Quando contraindicado o uso de vasoconstritores adrenérgicos, pode-se optar alternativamente por mepivacaína.

11.2. Portadores de doença cardiovascular

11.2.1. Hipertensão

A hipertensão pode ser definida como doença multifatorial e multicausal, sendo a principal causa da mortalidade e morbidade cardiovascular. Classifica-se em hipertensão primária e secundária.

O tipo mais comum (90 a 95% dos casos) é a hipertensão primária ou essencial, de causa desconhecida, geralmente assintomática e com tratamento baseado em medidas como restrição de sal e do tabagismo, perda de peso, exercícios físicos e uso de medicamentos.

A hipertensão secundária (5 a 10 % dos casos) decorre de patologias como doença renal, problemas endócrinos, neoplásicos, vasculares e uso de drogas anti-

hipertensivas como a cocaína, descongestionantes nasais e anticoncepcionais. É, portanto secundária a uma doença sistêmica de base.

A dor e a ansiedade aumentam a pressão arterial. Desta forma a anestesia deve garantir o controle da dor durante o procedimento odontológico e a medicação deve manter o paciente sem dor no pós-operatório. O uso de vasoconstritor deve ser restringido, mas não suprimido, devido à sua maior eficácia no controle da dor, maior tempo de anestesia e limitação do sangramento. Procedimentos cirúrgicos demorados causam estresse e ansiedade. O vasoconstritor, se administrado intra-arterial mente pode provocar hipertensão sistólica, levando a angina do peito, infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico.

Devido às medicações que os pacientes fazem uso para a hipertensão ou às patologias de base que deram causa à hipertensão, os pacientes podem apresentar diversas manifestações orais tais como ardência, secura e incômodo oral durante a alimentação, hiperplasias gengivais, xerostomia, maior número de cáries e agravamento da doença periodontal. Podem apresentar ainda náusea e vômito durante a realização de procedimento odontológico, pois algumas drogas anti-hipertensivas produzem essas manifestações;

a) Tratamento odontológico do paciente com hipertensão

| Risco | Parâmetros (pressão diastólica e sistólica) | Conduta |
|-----------------------|---|--|
| Normal | < que 80 / 120 mmHg | ✓ Tratamento normal |
| Pré-hipertensão | 80 a 89 / 120 a 139 mmHg | ✓ Aferir a pressão por 3 sessões consecutivas. Se em todas as 3 sessões a pressão se mantiver dentro desses limites, encaminhar o paciente para a consulta médica |
| Hipertensão estágio 1 | 90 a 99 / 140 a 159mmHg | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se o paciente já está em tratamento médico pode ser considerado compensado e o tratamento pode ser realizado ✓ Avaliar com o médico a possibilidade do uso de sedativos para controle de ansiedade e stress e de conseqüente aumento de pressão arterial ✓ O vasoconstritor pode ser empregado até o limite de dois tubetes por sessão de atendimento. Injeção lenta após aspiração negativa |
| Hipertensão estágio 2 | Maior/igual a 100/160mmHg | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encaminhamento imediato para avaliação e cuidados médicos e de enfermagem ✓ Em caso de urgência, cada caso é um caso. Após interconsulta com o médico, avaliar risco/benefício e possibilidade de redução da pressão arterial a níveis seguros e se o atendimento deverá ser ambulatorial ou hospitalar. Se não for possível a redução da pressão arterial a níveis seguros, controle medicamentoso da dor e infecção |

b) Precauções durante o atendimento odontológico do hipertenso

- Pacientes em uso de Propranolol, não utilizar vasoconstritores adrenergicos.
- Durante atendimento odontológico evitar mudança brusca de posição da cadeira odontológica, devido à possibilidade de hipotensão ortostática, levando à tontura, desmaio e risco de queda. Levantar gradualmente a cadeira solicitando ao paciente que movimente os membros inferiores para ativar a circulação cerebral. Deixá-lo na posição sentada com abaixamento dos membros inferiores por alguns minutos antes de levantar-se;
- Identificar se o paciente usa medicação anticoagulante;
- Sessões de no máximo 60 minutos;
- Considerar com o médico o uso de sedação auxiliar para reduzir o estresse;
- Controle da dor: Paracetamol ou Dipirona.
- Antiinflamatórios: Evitar o uso prolongado de antiinflamatórios não esteróides (Cataflan, Voltaren, Piroxicam, Arcóxia, Prexige) que podem interagir com a medicação anti-hipertensiva. Como precaução usar somente por 24h, um a cada 8h.

11.2.2. Insuficiência cardíaca

Conduta para tratamento odontológico

| Risco | Características da Insuficiência cardíaca | Tratamento |
|-----------------|--|---|
| Pequeno | <ul style="list-style-type: none">✓ Leve✓ Assintomática✓ Fazendo uso de diurético | <ul style="list-style-type: none">✓ Cirúrgicos e não cirúrgicos normais✓ Considerar sedação auxiliar✓ Considerar avaliação de potássio para aqueles que tomam diurético |
| Moderado | <ul style="list-style-type: none">✓ Moderada✓ Assintomática em repouso✓ Sintomática com exercício✓ Fazendo uso de diurético e glicosídeos | <ul style="list-style-type: none">✓ Não cirúrgicos normais✓ Cirúrgicos com sedação✓ Avaliação de potássio para aqueles que tomam diurético; |
| Alto | <ul style="list-style-type: none">✓ Sintomatologia frequente✓ Uso de diuréticos associados a doses crescentes de outros medicamentos como os vasodilatadores: | <ul style="list-style-type: none">✓ Obter avaliação e liberação médica para tratamento odontológico✓ Para cirurgias, a hospitalização deve ser considerada |

11.2.3. Aterosclerose

Conduta para tratamento odontológico

| Risco | Fatores de risco / complicações | Tratamento odontológico |
|-----------------|---|--|
| Pequeno | ✓ Sem fatores de risco ou sem complicações detectadas em exame médico recente | ✓ Normal |
| Moderado | ✓ Múltiplos fatores de risco e com avaliação médica recente (último ano) sem detecção de complicações | ✓ Tratamento não cirúrgico e cirúrgico simples: normal ✓ Tratamento cirúrgico extenso: com consulta ao médico |
| Alto | ✓ Com múltiplos fatores de risco e sem avaliação médica recente | ✓ Encaminhar ao médico para avaliação. |

11.2.4. Angina

Conduta para tratamento odontológico

| Risco | Característica do episódio de dor | Tratamento odontológico |
|-----------------|--|--|
| Pequeno | ✓ Até um episódio por mês ✓ Estável (sem aumento recente dos episódios) ✓ Ocorrência após esforço intenso ou emoção forte ✓ Em uso de nitroglicerina | ✓ Tratamento cirúrgico e não cirúrgico: normais ✓ Considerar sedação auxiliar |
| Moderado | ✓ Um episódio por semana, ✓ Ligeiro aumento dos episódios em relação ao ano anterior ✓ Ocorrência após esforço moderado ou após refeições ✓ Em uso de nitratos de ação prolongada com ou sem Propanolol | ✓ Tratamento não cirúrgico: normal ✓ Tratamento cirúrgico: considerar sedação auxiliar e uso da medicação (nitroglicerina ou nitrato) prévia ao procedimento |
| Alto | ✓ Crises diárias, instáveis e com aumento de frequência dos episódios nos últimos seis meses, ✓ Surtos em repouso e frequentes após as refeições | ✓ Tratamento não cirúrgico: considerar uso de medicação (nitroglicerina ou nitrato) prévia ✓ Tratamento cirúrgico: indicada a hospitalização. ✓ O controle da dor e infecção devem ser realizados com medicação, para evitar estresse e crises |

11.2.5. Infarto

Conduta para tratamento odontológico

| Risco | Tempo decorrido após o último episódio de infarto | Tratamento odontológico |
|-----------------|---|--|
| Pequeno | ✓ Há mais de um ano | ✓ Tratamentos normais, mas considerar sedação auxiliar |
| Moderado | ✓ Entre seis meses e um ano | ✓ Tratamentos eletivos: adiar ✓ Tratamentos de urgência: realizar com sedação auxiliar e cirúrgicos considerar a hospitalização; |
| Alto | ✓ menos de seis meses | ✓ Tratamento eletivo: contraindicado ✓ Tratamento de urgência: medicamentoso ✓ Se necessários neste período preferir atendimento hospitalar. |

Obs.:

Devemos levar em conta quantos foram os episódios de infarto, quais as seqüelas que ocorreram e principalmente qual o tempo decorrido do último infarto. Nisto se baseiam a classificação de risco do infartado e as recomendações para liberação ou contraindicação do tratamento odontológico.

12 - Odontopediatria na Atenção Básica

12.1. Odontologia para bebê

A Odontologia para bebês resultou de uma tendência mundial de atenção odontológica para criança de baixa idade (bebês) com programas de educação, medidas preventivas, controle de cárie, atenção primária e tratamentos curativos específicos.

12.1.1. Alimentação

A prevenção da cárie dentária, através do controle da dieta, pode ser desenvolvida desde a vida intrauterina, especificamente a partir do quarto mês de gestação – período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê. Dessa forma, os hábitos alimentares da mãe poderão proporcionar uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho e os alimentos oferecidos nos dois primeiros anos formam as preferências alimentares da criança. Quanto mais cedo, maiores são as chances da criança aceitar comer alimentos saudáveis. Hábitos saudáveis são fundamentais como, por exemplo, hábitos de higiene e alimentação balanceada, incluindo a diminuição do consumo de produtos açucarados, principalmente os industrializados.

- **Dieta Cariogênica**

Todos os alimentos e bebidas que contêm sacarose favorecem o aparecimento da doença cárie, desde a cana de açúcar até balas, chicletes, pirulitos, brigadeiros, bolachas recheadas, danoninho, refrigerantes, sucos, achocolatados, entre outras guloseimas. Além destes, outros alimentos como salgadinhos (que contêm amido) e o mel podem causar cárie, pois são metabolizados pelas bactérias.

Pontos importantes:

- ✓ Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade;
- ✓ Desmamar gradativamente e introduzir novos alimentos (não adicionar, nem oferecer alimentos farináceos);
- ✓ Retirar a amamentação noturna gradativamente após os três meses e completamente antes de nascer os primeiros dentes;

-
- ✓ Estabelecer horários para as refeições e os lanches dos intervalos, evitando oferecer alimentos fora de hora;
 - ✓ Organizar os pratos de uma maneira que chame a atenção com texturas diferentes e alimentos bem coloridos;
 - ✓ Formar o paladar da criança para alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras;
 - ✓ Controlar a frequência da ingestão de alimentos cariogênicos.

12.1.2. Cuidados de higiene bucal

- Limpar a gengiva e a língua do bebê após a alimentação, no mínimo uma vez ao dia para criar a rotina de cuidados (com uma gaze úmida ou ponta de fralda de leve);
- Fazer a escovação a partir do nascimento do primeiro dente, com dedeira de silicone ou escova infantil e pasta de dente com flúor, (na quantidade de um grão de arroz cru) após a alimentação;

Observação: evitar que criança ingira pasta dental.

12.1.3. Cronologia média da erupção dos dentes decíduos

I. Maxilar superior

- 8-12 meses: 51 e 61
- 9-13 meses: 52 e 62
- 16-22 meses: 53 e 63
- 13-19 meses: 54 e 64
- 23-33 meses: 55 e 65

II. Maxilar inferior

- 6-8 meses: 71 e 81
- 10-16 meses: 72 e 82
- 17-23 meses: 73 e 83
- 13-19 meses: 74 e 84
- 23-33 meses: 75 e 85

12.1.4. Hábitos parafuncionais

São aqueles não relacionados à execução das funções normais do sistema estomatognático, como deglutição, mastigação e fonação. Instalam-se por serem agradáveis e levar à satisfação do indivíduo.

A primeira atitude terapêutica para a eliminação de um hábito parafuncional consiste na conscientização do mesmo, cujo efeito depende: da história do paciente, tipo, duração e necessidade do hábito perante o ambiente social.

a) Sucção digital

O hábito de sucção digital é caracterizado por ser um reflexo de preensão que proporciona prazer e satisfação à criança. É de fácil aquisição e pode perdurar, principalmente em crianças que não receberam aleitamento materno nos primeiros meses de vida.

b) Outros hábitos de sucção não nutritiva

- **Sucção do lábio**

O mecanismo de sucção labial causa o mesmo prazer que o hábito de sucção digital, sendo também considerado um mecanismo de alívio de tensão e ansiedade.

- **Uso de mamadeira e chupeta**

Durante o aleitamento materno a língua e o palato estão em contato permanente com o bico do peito, perfeito vedamento labial, estímulo da musculatura facial e respiração nasal, diferente do uso da mamadeira, uma vez que o bico desta recobre o dorso da língua evitando a sua aproximação do palato. A introdução precoce do aleitamento artificial indica um padrão de reduzido impacto na atividade muscular e respiratória.

- **Sucção da língua**

O hábito de sucção da língua e interposição da mesma em repouso ou em deglutição pode ocasionar a mordida aberta.

c) Deglutição atípica

O mecanismo de deglutição consiste numa sequência reflexa de contrações musculares que favorecem a descida do alimento da cavidade bucal até ao estômago, sem que haja entrada de alimento na via aérea.

A deglutição deverá atingir a sua maturação aproximadamente aos três anos de idade, sendo esta uma deglutição do tipo adulta.

A deglutição atípica é uma forma inadequada da língua e outros músculos realizarem o ato de deglutição, isto acontece porque há um movimento alterado pelo tônus, mobilidade e/ou postura lingual envolvidos na sua execução.

Observa-se uma anteriorização da língua sua pressão com interposição nos dentes incisivos ocasiona alterações estruturais na arcada dentária.

Os pacientes portadores de deglutição atípica, possuem o palato com uma forma ogival e atrésico, caracterizado por uma grande altura, pelo fato de a língua não se situar nas condições normais e, portanto, não ocorre uma pressão negativa no ato de deglutição.

d) Onicofagia

É o hábito de roer as unhas que normalmente tem início por volta dos quatro ou cinco anos de idade devido às mudanças na vida da criança relacionadas à proteção, segurança e possível entrada na pré-escola causando sentimentos de tensão e o estabelecimento de regras.

É considerada como um agente etiológico de má oclusão que poderá agravar se estiver associada a hábitos de sucção digital provocando mordida cruzada ou intrusão de elementos dentários.

Assim como a onicofagia, o hábito de roer objetos possui o mesmo impacto do ponto de vista ortodôntico no que diz respeito às alterações provocadas em termos de posicionamento ósseo-dental, sendo hábitos parafuncionais de natureza localizada.

e) Bruxismo

É considerado uma atividade parafuncional do sistema mastigatório que se caracteriza por “apertar” ou “ranger” os dentes durante atividades não funcionais do sistema estomatognático, no período noturno ou diurno e de modo inconsciente. Desta forma, as forças oclusais resultam em cargas extras para a dentição e todo o sistema estomatognático podendo ocasionar danos em músculos, tecidos periodontais, oclusão e ATM.

A etiologia está relacionada com vários fatores de origem sistêmica ou local. De ordem sistêmica podem ser fatores: psicológicos (stress e ansiedade), patológicos (asma, rinite e distúrbios do Sistema Nervoso Central), ocupacionais (prática de esportes de competição), hereditários e distúrbios do sono (enurese noturna, falar durante o sono, sono agitado,). Quanto aos fatores locais destacam-se: contatos prematuros ou interferências oclusais, deslizamentos em cêntrica e planos oclusais alterados.

Nas crianças, durante consulta, deve-se observar os desgastes dentários anormais, estalidos/dor nas ATMs, a tonicidade dos músculos faciais e questionar os pais sobre hábitos da criança. Outros hábitos parafuncionais, como sucção digital, labial e uso da mamadeira também foram associados a esta parafunção.

Em relação à terapêutica, é importante uma avaliação multiprofissional a fim de diminuir a tensão emocional e tratar as condições patológicas sistêmicas de ordem médica e odontológica, inclusive através de encaminhamentos para as especialidades relacionadas como por exemplo, a Ortopedia Funcional dos Maxilares.

f) Respirador bucal

A função respiratória encontra-se diretamente ligada ao desenvolvimento dentário e facial, pois qualquer paciente que possua obstrução nasal de forma crônica (rinite alérgica, desvio do septo nasal, hipertrofia das amígdalas palatinas ou pólipos nasais) pode se tornar um respirador bucal e, portanto, ocorrer alterações faciais na fase de crescimento.

O respirador bucal apresenta características como: lábios e língua hipotônicos, palato ogival, músculo mentoniano hipertonificado, olheiras acentuadas, baixa oxigenação cerebral, postura corporal incorreta, cansaço físico, sono agitado e sudorese noturnas.

O tratamento deve ser baseado na avaliação criteriosa do profissional otorrinolaringologista juntamente com a odontologia a fim de fazer a reabilitação neuro oclusal do paciente.

12.1.5. Erupção dental

a) Alterações sistêmicas relacionadas a erupção dental

- Irritabilidade e impaciência devido a alteração do sono que passa a ser constantemente interrompido por causa da dor e do incômodo;
- Aumento de salivação entre o sexto e o décimo quinto mês de vida em decorrência da maturação das glândulas salivares;
- Diarreia relacionada à objetos contaminados por microrganismos patogênicos que são levados à boca;
- Alguns autores afirmam que o estado febril (até 37,7°C) pode estar associado à erupção dental;
- Perda de apetite relacionado pelo incômodo e dor da inflamação gengiva.

b) Manifestações locais

- Inflamação gengival com duração de 2 a 10 dias, quadro de edema gengival e sensibilidade à palpação;
- Erupções cutâneas periorais devido à umidade local constante;
- Cisto/hematoma de erupção apresentando clinicamente coloração roxa azulada onde em 95% dos casos a remissão é espontânea e em 5% é necessário fazer a excisão parcial da estrutura cística;
- Dentes natais e neonatais representam a erupção prematura de dentes decíduos. Os natais são aqueles apresentados na cavidade bucal ao nascer e neonatais os que aparecem nos primeiros 30 dias de vida da criança. Verificar se há mobilidade com perigo de deslocamento e consequente aspiração do elemento, pondo em risco a saúde do recém-nascido, neste caso há necessidade de removê-lo. Deve-se evitar a exodontia nos primeiros 10 dias após o nascimento, para evitar hemorragia excessiva, devido à deficiência de vitamina K no recém-nato. Em caso de necessidade fazer Inter consulta com o médico da criança.

c) Tratamento

A erupção dentária não é uma doença. Portanto, seus sintomas podem ser aliviados em casa com métodos simples como: mordedores e colheres resfriadas, alimentos frios, massagem gengival e higienização da cavidade bucal. Algumas medicações são coadjuvantes:

- **Camomilina C**

- ✓ Aplicar uma cápsula duas vezes ao dia.

- ✓ Modo de aplicação:

A cápsula deve ser aberta cuidadosamente e parte do seu conteúdo aplicado diretamente na área afetada da gengiva com hastes flexíveis (não deve ser ingerida). Realizar massagens no local para facilitar a absorção.

- **V.A.S.A.: Medicamento manipulado**

Violeta de Genciana600mg
Xilestesin 2% sem vaso.....1,5 ml
Sacarina.....0,5 ml
Água destilada q.s.p.....30 ml

Aplicar no local três vezes ao dia com auxílio de uma gaze ou hastes flexíveis. (WALTER, 1997)

12.2. Odontologia para criança na Atenção Básica - Condutas

12.2.1. Condicionamento

a) Objetivos do condicionamento

- Comunicação adequada;
- Atenção odontológica de qualidade;
- Atitudes positivas durante o atendimento odontológico;
- Melhoria da relação paciente/família e profissional;
- Prevenção ou redução do medo e ansiedade.

b) Conduta profissional da equipe odontológica

- Comportamento comunicativo;
- Papel de educador;
- Avaliação risco-benefício de realizar ou postergar determinado procedimento;
- Escuta qualificada: ouvir a criança e a família, investir tempo para explicar os procedimentos, ser paciente, não impedir os pais de entrarem no consultório, não ameaçar a criança.

c) Avaliação do comportamento da criança

- Nem toda criança não cooperativa tem ansiedade odontológica;
- Nem toda criança medrosa tem problema de comportamento no consultório odontológico.

d) Técnicas não farmacológicas para o condicionamento da criança

| Técnicas comunicativas | Comentários |
|----------------------------------|---|
| Falar – mostrar – fazer | Emprego da sequência: Explicação apropriada para a idade Demonstração (visual, auditiva, olfativa, tátil) Realização do procedimento |
| Controle de voz | Alteração do volume, tom ou ritmo da voz (explicação prévia ao responsável) para conquistar a atenção do paciente e definir papéis do adulto e da criança. |
| Comunicação não verbal | Comunicação por contato, postura, expressão facial, linguagem corporal. |
| Reforço positivo | Reconhecimento dos comportamentos adequados para estimular sua manutenção; inclui modulação da voz, expressão facial, elogio verbal, demonstrações físicas de afeto, prêmios. |
| Distração | Desvio da atenção do paciente de situações percebidas como desagradáveis |
| Presença/ausência do responsável | ÉTICA e LEGALMENTE o(a) responsável pela criança tem o direito de ficar junto a ela, sendo inclusive desejável que assim seja. |
| Estabilização protetora | Restrição protetora dos movimentos do paciente para reduzir o risco de lesões durante o procedimento, com bom senso e consentimento do responsável pela criança |

e) Comportamento: pais e criança

| Comportamento | Pais | Criança |
|------------------------------------|--|--|
| Superproteção com Superindulgência | Liberdade sem nenhuma exigência | Nervosa, dominadora, crises de birra e superioridade; Resistente ao tratamento: agressiva, chora muito, tenta dominar o ambiente. |
| Superproteção com Dominação | Liberdade vigiada | Tímida, insegura e com inferioridade; Resistente ao tratamento: não é agressiva, mas chora muito com muitas lágrimas; Sente-se ameaçada. |
| Ansiedade | Preocupação exagerada com o bem-estar físico da criança | Tímida insegura e com inferioridade; Sente-se ameaçada. |
| Rejeição | Criança é afastada do convívio com os pais. | Hostil, agressiva ou submissa; Resiste ao tratamento; Desconfiança; Apatia e indiferença. |
| Abandono | Gostam da criança, mas não se envolvem; A criança é negligenciada, não se sente desejada. | Mostra-se agressiva ou submissa durante o atendimento. |
| Superautoridade | Fazem exigências excessivas: ordem, limpeza, obediência, bom comportamento. | Ultra disciplinada, que tem medo de ser criticada; Submete-se passivamente ao tratamento e dificilmente expressa o que sente. |

A partir do conhecimento das relações pais x filhos, orientar os pais e à criança para que o atendimento possa ser realizado da melhor forma para ambas as partes.

Explicar aos pais antes de iniciar o atendimento o que pode ajudar durante o tratamento, evitar relatos desagradáveis em casa, controlar seus temores e nunca enganar ou fazer promessas à criança.

Orientar aos pais que permitam a conversa entre a criança e o profissional. Explicar o processo de atendimento da mesma, técnicas de condicionamento e reações esperadas do paciente durante o tratamento (curiosidade, choro e agressividade).

Essas orientações facilitam o atendimento e diminuem ansiedade pelo que pode acontecer durante o tratamento. Assim, os pais ficam mais seguros sobre as técnicas que serão utilizadas e podem contribuir para o comportamento colaborativo da criança.

Obs.:

- No atendimento à criança, técnicas comunicativas devem ser utilizadas continuamente.
- Quando a criança não cooperar e/ou necessitar de grande número de procedimentos odontológicos, considerar com seus responsáveis legais a indicação de:
 - ✓ Cuidados paliativos (adequação do meio, ART)
 - ✓ Encaminhar para a especialidade.
- Em situações de emergência em crianças de difícil manejo encaminhar para o CEO após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

12.2.2. Radiologia em odontopediatria

O exame radiográfico é um exame complementar ao exame clínico com finalidade de se definir um diagnóstico correto e traçar um plano de tratamento mais adequado (vide capítulo 8).

12.2.3. Anestesia local em odontopediatria

O controle da dor é muito importante para realização de um tratamento humanizado e de qualidade.

12.2.3.1. Técnicas anestésicas e suas indicações

a. Anestesia tópica

- Para reduzir a sensação dolorosa da penetração da agulha;
- Secar a mucosa e aplicar o anestésico tópico por 2 a 3 minutos.

b. Anestesia dos dentes superiores decíduos e permanentes

- Técnica infiltrativa:
 - ✓ Inserir a agulha no fundo do vestibulo para alcançar a profundidade próxima ao ápice dos dentes e depositar a solução adjacente ao osso;

Obs.: Para anestésiar incisivo central é necessário aplicar anestesia complementar do incisivo central do lado oposto.

c. Anestesia dos dentes inferiores decíduos e permanentes

- Bloqueio do nervo alveolar inferior
 - ✓ Pedir ao paciente que abra bastante a boca;

-
- ✓ Localizar o trígno retromolar, formado pela prega pterigomandibular e a margem anterior do ramo da mandíbula;
 - ✓ Inserir a agulha curta no vértice do trígno, na altura do plano oclusal (crianças escolares) ou levemente abaixo do plano oclusal (pré-escolares);
 - ✓ Encostar o corpo da seringa na comissura labial contralateral;
 - ✓ Injetar lentamente o anestésico.

Obs.:

Se a primeira tentativa do bloqueio do nervo alveolar inferior não promover anestesia satisfatória, pode-se tentar mais uma vez, observando a dosagem máxima de anestésico e inserindo a agulha em nível mais alto ao que foi feito pela primeira vez.

d. Bloqueio do nervo bucal

- Puxar a bochecha para expor o local da anestesia;
- Inserir a agulha no sulco vestibular (região mais distal e vestibular ao último dente) com o bisel paralelo ao osso e a seringa na posição horizontal;
- Injetar lentamente o anestésico.

e. Anestesia palatina

Técnica infiltrativa transpapilar:

- Iniciar com a agulha por vestibular;
- Atravessar a papila gengival depositando gradativamente o anestésico;
- Reposicionar a agulha por palatina no local pretendido completando a técnica anestésica.

Obs.: observar sempre que o bisel da agulha esteja voltado para o osso durante as técnicas anestésicas.

12.2.3.2. Técnicas anestésicas complementares

a) Anestesia intrapulpar

Durante a biopulpectomia pode-se administrar o anestésico diretamente sobre a polpa.

b) Anestesia intraligamentar

- Inserir a agulha no ligamento periodontal e injetar lentamente;

-
- Indicadas em pacientes com distúrbios hemorrágicos, pois pode reduzir o risco de sangramento por lesão vascular em tecidos moles;
 - É contraindicada na presença de inflamação/infecção.

12.2.3.3. Recomendações importantes para prevenir acidentes

- Evitar que a criança se mexa utilizando a prática a quatro mãos;
- Usar técnicas de distração;
- Injetar a solução anestésica lentamente;
- Observar refluxo de sangue na seringa e em caso afirmativo, reinserir a agulha.

12.2.3.4. Ulceração traumática pós-operatória

Entregar o informativo contendo as orientações pós anestésicas para os responsáveis pela criança.

Obs.: Caso ocorra trauma procure o cirurgião dentista.

12.2.4. Defeitos do esmalte

No período de formação do órgão dentário, os ameloblastos secretam matriz do esmalte, que posteriormente, sofre mineralização. Os ameloblastos são células extremamente sensíveis a qualquer estímulo sistêmico ou local e podem interromper a sua função permanente ou temporariamente.

A hipoplasia de esmalte é um defeito quantitativo da estrutura externa do dente, associado à redução da espessura do esmalte. As lesões têm a sua severidade definida pela duração e intensidade da agressão sofrida na época em que os dentes estão em desenvolvimento, durante a formação do esmalte. Podem afetar tanto a dentição decídua como a permanente e comprometer vários elementos ou apenas um.

Fatores de caráter adquirido, genéticos ou hereditários podem acarretar defeitos no esmalte durante o estágio de deposição e calcificação da matriz do mesmo. Podem se manifestar como manchas, irregularidades da superfície (sulcos, fissuras e fósulas), erosões e ausência completa de esmalte em áreas da coroa. Em relação a coloração, podem ser: pigmentadas de branco, amarelo, castanho ou cinza e brilhantes ou opacas. Desta forma, a etiologia da hipoplasia de esmalte pode estar relacionada a fatores sistêmicos, locais (traumáticos ou disseminação de uma infecção periapical) ou até mesmo de ordem idiopática.

a) Locais:

- **Lesão periapical ou abscesso no dente decíduo (Hipoplasia de Turner)**

Hipoplasia de Turner ocorre quando, devido à presença de cárie no dente decíduo e o sucessor permanente está em formação, a infecção bacteriana envolve o tecido periapical do dente decíduo, altera a camada ameloblástica do permanente resultando numa coroa hipoplásica. Acomete mais os incisivos permanentes superiores e os pré-molares superiores e inferiores.

Clinicamente, os dentes de Turner apresentam dimensão reduzida, com o defeito de esmalte variando de ranhuras imperceptíveis, manchas esbranquiçadas até uma coloração amarelo-pardo com irregularidades na coroa do dente, podendo causar sensibilidade dentinária e o tratamento dessa alteração dependerá da severidade da hipoplasia que o dente apresenta.

- **Lesão traumática**

O trauma constitui um fator local que pode levar ao aparecimento de defeitos hipoplásicos do esmalte. Clinicamente pode apresentar-se como um ponto ou uma linha horizontal, cuja superfície é rugosa a sondagem. O manchamento do dente é geralmente de extensão delimitada, com formato oval ou arredondado em superfícies lisas livres, acometendo ambas dentições.

Os dentes mais afetados em acidentes e traumas são os incisivos superiores devido à sua posição mais anterior na face.

b) Sistêmicos

Diferentes fatores, são capazes de causar dano aos ameloblastos, tais como: deficiências nutricionais (vitaminas A, C e D), febre exantematosas e doenças exantematosas (sarampo, varicela e escarlatina), sífilis congênita (envolve geralmente os incisivos permanentes superiores e inferiores e os primeiros molares), hipocalcemia (neste caso, a hipoplasia é provocada pelo baixo nível de cálcio no sangue), traumatismo por ocasião do nascimento, fatores idiopáticos (origem desconhecida) e intoxicação por agentes químicos-flúor (fluorose dentária).

- **Fluorose dentária**

É uma anomalia causada pela exposição do germe dentário ao flúor, durante o seu processo de formação e maturação do esmalte. O período crítico de suscetibilidade é durante o segundo e terceiro ano de vida, quando os dentes permanentes estão se formando, dessa forma, o grau de severidade da

fluorose é devido as altas concentrações do íon flúor ingeridas, tempo de exposição e fase de amelogênese pela qual o dente está passando. Ocasionalmente defeitos de mineralização.

I. Principais Fatores de Risco

- ✓ Uso abusivo de formas tópicas de aplicação do flúor (ocorrendo ingestão das mesmas) em locais com uso sistêmico de flúor. Ex: água fluoretada, uso de medicamentos contendo flúor e ingestão de creme dental;
- ✓ Presença de flúor em teores acima do recomendado nas águas de abastecimento público, originado do processo de fluoretação ou naturalmente existente nos mananciais;
- ✓ Ausência de sistema de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e nas águas minerais embaladas.

II. Abordagem Coletiva

- ✓ **Organização das Ações de Vigilância à Saúde com Ênfase para Prevenção e Detecção da Fluorose**
 - Vigilância, controle e orientação à população quanto às várias formas de utilização do flúor como medida necessária para o controle das formas agudas e crônicas de intoxicação por flúor.
 - Implantação de sistemas de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público para melhoria da qualidade da fluoretação das águas, controle sistemático dos teores aplicados e continuidade do processo.
 - Vigilância do teor de flúor nos alimentos: águas minerais, bebidas enlatadas, refrigerantes, sucos e chás devem ter o seu teor de flúor máximo permitido, regulamentado e apresentado em rótulos e embalagens e com análise sistemática da vigilância sanitária.
 - Verificação do teor de flúor de cremes dentais e de produtos odontológicos que contém flúor.
 - Recomendações sobre o uso individual e coletivo de substâncias fluoretadas no âmbito da assistência odontológica.
- ✓ **Ações de Promoção à Saúde (intersetoriais e educativas)**

A Equipe Saúde Bucal deve estar atenta às causas da fluorose dentária em sua área de abrangência, de modo a planejar ações de prevenção de acordo com os problemas levantados, incluindo ampla divulgação e informação à população sobre os riscos da ingestão de flúor por crianças provenientes da pasta dental ou de aplicações tópicas.

III. Abordagem Individual

✓ Diagnóstico

Clinicamente a fluorose dentária apresenta desde finas linhas brancas, que podem tornar-se amareladas ou marrons pela impregnação de corantes dos alimentos, até várias formas de erosão.

A severidade da fluorose está na dependência da dose (teores e quantidade), da idade em que ocorreu a ingestão e tempo de exposição.

Pode levar a perda de partes do esmalte com deformidade anatômica dos dentes e é sempre simétrica pois dentes homólogos apresentam fluorose nos mesmos níveis.

✓ Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial mais importante é com mancha branca decorrente de cárie e com outras opacidades. Considerar na avaliação a exposição ao flúor, sua origem e seus teores na água de consumo.

Para diagnosticar fluorose de outros defeitos do esmalte e de uma mancha branca sugerindo lesão inicial de cárie, o profissional deve realizar uma boa anamnese e um exame clínico.

Diagnóstico diferencial de lesão de esmalte

| Tipo de alteração/mancha | Fluorose | Defeitos de esmalte de causas diversas | Mancha branca sugerindo lesão inicial de cárie |
|-----------------------------|--|--|---|
| Localização | <ul style="list-style-type: none"> Em qualquer parte do elemento dentário; Áreas de maior densidade mineral do esmalte: terço médio, incisal e cúspides de dentes marcadores (incisivos, pré-molares e molares). | <ul style="list-style-type: none"> Terço médio, incisal e ponta de cúspides. | <ul style="list-style-type: none"> Áreas de estagnação do biofilme dentário. Geralmente nas superfícies cervicais, proximais e oclusais. |
| Etiologia | <ul style="list-style-type: none"> Ingestão de flúor no período de formação do esmalte dentário. | <ul style="list-style-type: none"> Deficiências vitamínicas, doenças exantemáticas, infecção ou trauma local, fatores ambientais ou genéticos. | <ul style="list-style-type: none"> Estagnação do biofilme provocada por deficiência na escovação e consequentemente processo cariioso. |
| Aspectos da alteração/lesão | <ul style="list-style-type: none"> Nas formas brandas assemelha-se a riscos de giz. Nas demais assume características difusas; Nas bordas das cúspides e incisais apresenta-se como “cobertura de neve”; Cor branca opaca, podendo apresentar descoloração marrom, após a erupção; Envolve grupos de dentes que se formaram no mesmo tempo (dentes homólogos); Hipoplasias fluoróticas, pois dependendo do grau a fluorose pode se manifestar com perda de estrutura. | <ul style="list-style-type: none"> Localizada apresenta superfície lisa; Branca opacas ou de amarelo-creme até laranja na época da erupção; Acomete um ou mais elementos dentários isoladamente; Falta total ou parcial da superfície de esmalte, lembrando formas de “ilhas” redondas ou ovais. | <ul style="list-style-type: none"> Localizada Lesão inicial: manchas brancas ou acastanhadas |
| Período da alteração/lesão | <ul style="list-style-type: none"> Pré-eruptivo | <ul style="list-style-type: none"> Pré-eruptivo | <ul style="list-style-type: none"> Pós-eruptivo |

Adaptada de Souza, 2007.

✓ **Tratamento**

Formas mais graves de fluorose dentária podem, às vezes, ser consideradas um incômodo estético para o paciente, sendo indicado o tratamento das manchas. Esse tratamento consiste desde acompanhamento, técnica da micro-abrasão e em casos mais graves a confecção de coroas ou facetas.

c) Alterações de caráter congênito

- Eritroblastose fetal ou doença hemolítica;
- Porfirismo congênito;
- Sífilis congênita.

d) Alterações de caráter hereditário

Amelogênese imperfeita: transmitida geneticamente e, conseqüentemente, apresenta manifestações similares nas duas dentições, hipoplásicas, hipocalcificadas ou hipomaduras.

e) Alterações de hipomineralização molar-incisivo

É o tipo do defeito que depende, primariamente, do estágio de desenvolvimento dos dentes atingidos, bem como da duração do estímulo e da intensidade da influência. Diferentes influências podem causar falhas semelhantes ou idênticas.

A classificação proposta por Rafael Mondelli é baseada no comprometimento do esmalte em profundidade através da transiluminação com fonte de luz de aparelho fotopolimerizador a qual diferencia em graus de alteração de esmalte.

O diagnóstico diferencial entre os defeitos do esmalte e as lesões iniciais de cárie deve ser criterioso, pois frequentemente causa dúvida em alguns profissionais. Cabe ressaltar que as lesões iniciais de cárie representam perda da estrutura dental para o meio bucal sendo, portanto, sua etiologia pós eruptiva e está geralmente associada à presença de biofilme dentário ou gengivite. Clinicamente, em áreas de hipomineralização observa-se esmalte translúcido, de aspecto rugoso e opaco em casos de lesão ativa ou aspecto liso e brilhante em regiões não retentivas de lesões inativas.

12.2.4.1. Tratamento e controle do esmalte hipocalcificado e hipoplásico

Além da importância clínica que envolve defeitos estéticos, sensibilidade dental, má oclusão e predisposição à carie os objetivos do tratamento são a manutenção ou a recuperação tanto quanto possível de sua integridade superficial e da dimensão vertical, especialmente nos casos dos primeiros molares permanentes que são uma das chaves de oclusão. Os tratamentos disponíveis são diversos entre prevenção, restauração e em casos extremos a extração de elemento. Alguns fatores como: severidade do defeito, da idade do dente/ paciente e prognóstico do mesmo são avaliados na decisão do tratamento ofertado.

A prevenção é importante no período eruptivo pois o esmalte ainda não completou sua maturação pós-eruptiva, onde se apresenta mais poroso e vulnerável às fraturas e ao desenvolvimento de lesões de cárie. Em dentes com grandes defeitos de esmalte e dentina exposta, pode ocorrer sensibilidade e neste caso usa-se aplicação tópica de verniz fluoretado ou flúor gel quantas vezes for necessário. Para dentes com esmalte intacto, são recomendadas somente medidas preventivas de rotina como uso de creme dental com no mínimo 1000ppm de flúor diariamente.

Outros tratamentos utilizados estão descritos em procedimentos curativos.

12.2.5. Procedimentos restauradores em odontopediatria

O tratamento restaurador visa reparar e limitar danos, proteger e preservar a estrutura dental, restabelecer a função, restaurar a estética, facilitar a manutenção da boa higiene oral, manter a vitalidade pulpar e preservar espaços naturais na dentição decídua para a dentição permanente.

A mínima intervenção deve sempre ser preconizada com a finalidade de:

- Monitorar as lesões que possam ser tratadas de maneira não invasiva, aliando estratégias de prevenção e promoção da saúde dos dentes e do periodonto;
- Trabalhar com o mínimo possível de intervenção restauradora, podendo utilizar-se da técnica de remoção parcial de tecido cariado (RPTC);
- Preservar ao máximo as estruturas dentárias sadias;
- Adotar a filosofia de “restaurar preservando”.

12.2.5.1. Decisão de tratamento

A realização isolada de restaurações, por melhor que seja a técnica empregada, não resolve o problema, e não contribui para o restabelecimento da saúde bucal do paciente.

Antes da tomada de decisão pelo tratamento restaurador deve-se atentar para os seguintes princípios:

- a) Não deve ser considerado como a primeira opção para o tratamento da cárie, uma vez que a restauração tem tempo de vida útil e o objetivo maior é a preservação do dente;
- b) O tratamento restaurador não garante a manutenção do controle da atividade de cárie;
- c) Deve-se levar em conta as situações mediatas (aquelas em que o tratamento deve ser avaliado ou pode não ser fundamental) e imediatas (aquelas em que o tratamento deve ser realizado imediatamente). Considerar também:
 - Idade da criança;
 - Tempo do dente na boca;
 - Valor estratégico do dente;
 - Estágio do desenvolvimento da oclusão;
 - Tamanho da cavidade;
 - Localização da lesão;
 - Higiene e controle do biofilme do paciente;
 - Possibilidade de colaboração dos pais ou responsáveis com o tratamento.

Na tomada de decisão para restaurar ou monitorar a lesão cariosa a combinação dos exames tátil e visual detalhados com o radiográfico propiciará informações importantes ao profissional, tais como: a atividade da lesão (exame clínico), profundidade e extensão (exame radiográfico) assim como a presença de cavidade e a sua superfície envolvida.

Uma vez tomada a decisão pelo tratamento restaurador a escolha do material a ser utilizado em dentes decíduos é guiada por evidências científicas, risco e atividade de cárie no momento do tratamento, idade da criança, anseios e condições dos responsáveis, sendo sugeridas as opções de

ionômero de vidro ou resina para dentes anteriores e ionômero de vidro ou amálgama para dentes posteriores (vide capítulo 13).

12.2.6. Tratamento do complexo dentino-pulpar na dentição decídua

É objetivo do tratamento do complexo dentino-pulpar a manutenção da integridade e saúde do dente e seus tecidos de suporte. Para o dente sem vitalidade pulpar o objetivo é preservar a função.

12.2.6.1. Pulpotomia em dentes decíduos

a) Indicações

- Exposição pulpar em dentes decíduos por extensa lesão cariosa;
- Exposição mecânica da polpa.

Obs.: Considerar as características clínicas da polpa: presença de sangramento com coloração vermelho-vivo e controlável; consistência firme da polpa coronária ao corte.

b) Contraindicações

- Dentes decíduos com necrose pulpar, fístula, edema, mobilidade, sinais radiográficos de alteração pulpar ou lesão periapical;
- Dentes com presença de sangramento vermelho escuro e não controlável espontaneamente e tecido pulpar sem consistência;

Obs.: Na presença dos itens acima é indicada a pulpectomia.

- Reabsorção radicular ultrapassando mais de um terço do comprimento da raiz;
- Falta de integridade da cripta do germe do dente permanente.

Obs.: Na presença dos itens acima é indicada a conservação da raiz residual para manutenção de espaço ou a extração.

c) Técnica para realização da pulpotomia

- Organizar da mesa clínica;
- Radiografar, se possível;
- Anestesiá-lo;
- Realizar a abertura coronária;
- Remover a polpa coronária com cureta grande e afiada;
- Irrigar com soro fisiológico abundante e aspirar;
- Secar com bolinha de algodão;

-
- Inserir pasta: hidróxido de cálcio com soro fisiológico ou pasta de Clorofenicol + Amoxicilina + óxido de zinco (CAZ) manipulado com eugenol;
 - Acomodar a pasta com bolinha de algodão;
 - Proteger a pasta com cimento de hidróxido de cálcio;
 - Fazer uma base com Cimento de Ionômero de vidro (CIV);
 - Restaurar definitivamente o dente com amálgama, ou com o próprio ionômero de vidro.

12.2.7. Traumatismo na dentição decídua

O trauma pode ser representado por uma pequena fratura do esmalte até a perda definitiva do elemento dentário.

- a) Grupo de risco de traumatismo na dentição decídua: corresponde à idade entre 1 a 3 anos, no momento em que a criança começa a levantar-se sozinha, andar, correr, tentar ficar independente, porém ainda sem coordenação motora que lhe permita movimentos precisos e seguros;
- b) Pico de ocorrência: corresponde aos 5 anos de idade, sendo que é comum acontecer até os 10 ou 12 anos. Os incisivos centrais superiores são os dentes mais afetados e traumatismos múltiplos, que lesam dois ou mais dentes, apresentam alta prevalência;
- c) O tratamento deve contemplar a possibilidade de evitar qualquer risco adicional aos sucessores permanentes, para isso, respeitar a estreita relação entre o ápice da raiz do dente decíduo atingido e o germe do dente permanente subjacente;
- d) As lesões traumáticas dentárias devem ser sempre consideradas uma urgência odontológica e o sucesso do tratamento depende da abordagem inicial correta do paciente, do acompanhamento a médio e longo prazo, para a identificação de sequelas que podem aparecer tardiamente;
- e) Principais consequências que podem ocorrer após lesões graves em dentes decíduos e/ou osso: alterações na morfogênese, impactação dentária e distúrbios eruptivos na dentição permanente em desenvolvimento.
- f) Os principais fatores clínicos predisponentes de traumas são overjet aumentado e falta de vedamento labial.
- g) Passos do atendimento para todos os casos:
 - Acalmar a criança e familiares;

-
- Pesquisar a severidade do acidente principalmente em relação a manifestações neurológicas ocorridas em 48 a 72 horas e encaminhar imediatamente para o médico em caso de perda de consciência, irritabilidade, vômitos, letargia e outros distúrbios que sugiram traumatismo cranioencefálico;
 - Limpar a área com soro fisiológico ou solução de clorexidina a 0,12%;
 - Conter sangramento com gaze por 5 minutos;
 - Realizar anamnese sucinta e levantar os dados da história do traumatismo (como, quando, onde);
 - Realizar o exame físico extra e intrabucal;
 - Caso o dente traumatizado não tenha sido encontrado, há a possibilidade de estar intruído ou avulsionado ou de ter sido aspirado ou deglutido. Realizar radiografia periapical e, em alguns casos, de tórax para o diagnóstico diferencial;
 - O exame radiográfico periapical deve ser solicitado;
 - Atendimento imediato (sutura, alívio da dor, reposição dentária, contenção com resina se possível);
 - Instruções ao paciente e familiares
 - ✓ Escovação dentária suave na região;
 - ✓ Limpeza da região afetada com clorexidina a 0,12%, sem álcool, 2 vezes ao dia durante 7 dias;
 - ✓ Dieta pastosa por 10 – 14 dias, dependendo da severidade do traumatismo;
 - ✓ Não fazer uso de chupeta e mamadeira;
 - ✓ Avaliar necessidade de terapia antitetânica e medicamentosa;
 - ✓ Alertar os pais sobre as possíveis consequências para o dente decíduo e sucessor permanente ressaltando a importância do acompanhamento clínico e radiográfico.

12.2.7.1. Classificação dos traumatismos e conduta

| Traumatismo dos tecidos duros do dente e da polpa dentária | | |
|--|---|--|
| | Aspectos clínicos e Rx | Tratamento |
| Trinca de esmalte | Fratura incompleta de esmalte sem a perda da estrutura dentária. | Polimento das bordas cortantes |
| Fratura coronária não complexa | Fratura de esmalte ou esmalte e dentina sem envolvimento do tecido pulpar. | Fratura de esmalte: <ul style="list-style-type: none"> - Alisamento do esmalte e aplicação tópica de flúor. - Se comprometimento da oclusão ou estética: restauração; Fratura de esmalte e dentina: restauração |
| Fratura coronária complexa | Fratura envolvendo esmalte, dentina e expondo a polpa. | <ul style="list-style-type: none"> - Raiz incompleta: pulpotomia com hidróxido de cálcio + restauração definitiva. - Raiz completa: pulpectomia com hidróxido de cálcio + restauração definitiva (encaminhar). - Tratamento tardio: pulpectomia + restauração definitiva (encaminhar). |
| Fratura coronoradicular | Fratura envolvendo esmalte, dentina e cimento, podendo ocorrer ou não exposição do tecido pulpar. | Fratura até o nível da crista óssea: <ul style="list-style-type: none"> - Se possível restauração com resina composta; - Se houver envolvimento pulpar: pulpotomia ou pulpectomia (encaminhar); Além do nível ósseo: <ul style="list-style-type: none"> - Se necessário extração. |
| Fratura radicular | <ul style="list-style-type: none"> - Normalmente o traço de fratura está localizado no terço médio ou apical da raiz - Fragmento coronário pode se apresentar com mobilidade. | <ul style="list-style-type: none"> - Sem deslocamento do fragmento: acompanhar; - Com deslocamento do fragmento: remoção do mesmo e acompanhar. - Caso necessário encaminhar o paciente para odontopediatria. |
| Para todos os casos: acompanhamento clínico e radiográfico até erupção do dente permanente sucessor. | | |

| Traumatismo dos tecidos de sustentação | | |
|---|---|---|
| | Aspectos clínicos e Rx | Tratamento |
| Concussão | Dente com ausência de mobilidade e sangramento no sulco gengival. | • Vide orientações gerais para todos os casos no final da tabela. |
| Subluxação | Dente com mobilidade, porém sem deslocamento, presença de sangramento no sulco gengival | |
| Luxação lateral | <ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento do dente, em geral na direção vestibular ou palatina, podendo apresentar ou não mobilidade; • Ao exame radiográfico: aumento do espaço do ligamento periodontal | <ul style="list-style-type: none"> • Sem interferência oclusal: aguardar reposição espontânea • Com interferência oclusal: reposição bi digital com pressão leve se possível; • Com deslocamento severo da raiz para palatina: extração |
| Luxação extrusiva | <ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento parcial do dente em sentido axial. Dente apresenta alongado e com mobilidade excessiva; • Ao exame radiográfico aumento do ligamento periodontal na região apical | Reposição dentária depende do tempo e do grau de extrusão: <ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento leve sem interferência na oclusão: realizar ajuste quando for apenas em esmalte; • Se imediato (até 2 horas) e/ou deslocamento com interferência na oclusão: reposição bi digital com pressão leve se possível; • Deslocamento severo: indicar extração |
| Luxação intrusiva | <ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento do dente para o interior do alvéolo, usualmente em direção da tábua óssea vestibular • Quando o ápice desloca para vestibular, na radiografia a imagem fica encurtada em relação ao dente contralateral; • Quando desloca em sentido ao germe do dente permanente o ápice não é visualizado radiograficamente e a imagem fica alongada | <ul style="list-style-type: none"> • Aguardar re-erupção espontânea |
| Avulsão | <ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento completo do dente para fora do alvéolo | <ul style="list-style-type: none"> • Não reimplantar; • A literatura não apresenta evidências conclusivas sobre as indicações e riscos do reimplante de dentes decíduos. |
| Fratura alveolar | | Encaminhar em caráter de urgência para odontopediatria após contato com referência técnica. |
| Orientações gerais para todos os casos: <ul style="list-style-type: none"> • Orientações; • Em casos de dor receitar analgésico; • Alimentação pastosa por 7 dias; • Remover hábitos de sucção; • Acompanhamento clínico e radiográfico até erupção do dente permanente sucessor. | | |

12.2.7.2. Sequelas dos traumatismos para o dente permanente

- Apresentam prevalência entre 12% a 53%. A severidade das sequelas está relacionada principalmente à idade da criança e em alguns estudos a severidade do traumatismo;
- As alterações mais observadas são a descoloração e hipoplasia do esmalte e os distúrbios de erupção;
- O acompanhamento vigilante do dente decíduo traumatizado com pronto atendimento pode minimizar o agravamento das sequelas para os dentes permanentes;
- Maior prevalência de sequelas ocorre em crianças de até 3 anos de idade com história de traumatismo severo (intrusão e avulsão).

12.2.7.3. Profilaxia do tétano após ferimentos

Realizar a limpeza do ferimento com água e sabão, o mais rápido possível. A necessidade de imunização ativa (vacina) contra o tétano, com ou sem imunização passiva (soro ou imunoglobulinas) depende do tipo e das condições do ferimento, assim como da história prévia de vacinação.

12.2.7.4. Escurecimento do dente

a) Dentes decíduos

É frequente, apresenta cor acinzentada ou amarelo-amarronzada e pode ocorrer devido à hiperemia (congestão dos capilares pulpaes) ou à hemorragia pulpar (extravasamento de sangue para fora dos capilares pulpaes).

Com o tempo pode voltar à cor normal ou escurecer mais. Deve-se acompanhar clínica e radiograficamente e em caso de necrose pulpar o tratamento endodôntico é indicado.

b) Dentes permanentes

O escurecimento do dente pode ser sinal de necrose pulpar. Devem ser realizados exames clínicos para testar a vitalidade dental e radiográficos para verificar a presença de lesões apicais. Em caso de necrose pulpar deve ser realizado o tratamento endodôntico.

12.2.8. Cirurgia em odontopediatria

12.2.8.1. Cuidados gerais

-
- Realizar criteriosa avaliação clínica e radiográfica antes de qualquer procedimento cirúrgico;
 - Em caso de comprometimento sistêmico verificar junto ao profissional que o assiste se ele está compensado;
 - Definir qual a época mais favorável para realizar a intervenção a partir da adequação do comportamento da criança;
 - Observar possíveis danos que possam ocorrer durante o ato cirúrgico aos germes dos dentes permanentes adjacentes;
 - Prescrever medicamento se necessário (duas vias)

12.2.8.2. Exodontia de dentes decíduos

a) Indicações:

- Lesão de cárie comprometendo a região de furca;
- Lesão óssea periapical persistente após tratamento endodôntico;
- Lesão óssea periapical ou inter-radicular muito próximas ao germe do sucessor permanente com rompimento do capuz pericoronário;
- Dentes com alveólise (patologia ósseo-gengival caracterizada pela exposição da raiz dentária na cavidade oral, em função da reabsorção da tábua óssea alveolar, comumente relacionada ao traumatismo dentário e/ou cárie dentária);
- Raízes fraturadas no terço cervical abaixo da crista alveolar;
- Anquiloses: encaminhar para odontopediatria;
- Destruição coronária extensa e com processo infeccioso (sem possibilidade de tratamento endodôntico/restaurador);
- Reabsorções radiculares patológicas, restando apenas um terço de raiz (sem possibilidade de endodontia);
- Raízes residuais com processo infeccioso;
- Retenção prolongada (sucessor permanente com dois terços de raiz formada);
- Dentes natais ou neonatais com mobilidade excessiva;
- Indicação ortodôntica por escrito.

b) Técnica

-
- Exames radiográficos se necessário
 - Anestesia tópica e infiltrativa;
 - Sindesmotomia;
 - Escolha do instrumental para a remoção do dente:
 - ✓ Alavancas para luxar dentes, separá-los do osso circundante, remover raízes fraturadas e raízes residuais;
 - ✓ Fórceps:
 - Dentes anteriores: movimentos lateralidade, pendular e rotação;
 - Dentes posteriores: movimentos realizados apenas de vestibular para lingual.

Obs.:

- Contraindicação do uso de fórceps: coroa clínica totalmente destruída impossibilitando que haja um correto efeito mecânico do instrumento; possibilidade de remoção ou lesão do germe do dente permanente; possibilidade de fratura do terço apical de uma das raízes em função do bisel de rizólise.
- Encaminhar casos de dentes anquilosados para odontopediatria.

c) Antes da extração precoce de dentes decíduos

- Orientar o responsável pela criança a necessidade de uso de mantenedor de espaço.

d) Após a extração precoce de dentes decíduos

- Realizar sutura sempre que ainda houver alvéolo (mais de dois terços de raiz).

12.2.8.3. Exodontia de dentes permanentes

Indicações

- Dentes com lesão na região de furca;
- Impossibilidade de tratamento endodôntico e posterior reabilitação coronária.

Obs.:

Esclarecer ao responsável sobre as consequências da exodontia do dente permanente e obter a autorização para o procedimento.

12.2.8.4. Ulectomia (vide capítulo 15)

12.2.8.5. Frenectomia

a) Frenectomia lingual em bebê

É realizada em recém-nascidos, quando o freio lingual estiver comprometendo a amamentação. Referenciar para a especialidade de odontopediatria no CEO.

- Técnica:
 - ✓ Assepsia com gaze embebida em digluconato de Clorexedina a 0,12%
 - ✓ Anestesia com anestésico tópico;
 - ✓ Imobilização da língua com gaze ou uso de tentacânula;
 - ✓ Incisão horizontal (pique) com tesoura cirúrgica, realizada mais próxima da língua do que do assoalho bucal;
 - ✓ Hemostasia com gaze;
 - ✓ Pedir para a mãe oferecer o peito logo após a realização da técnica.
 - ✓ No pós-operatório orientar a mãe para massagear com hastes flexíveis o local da incisão duas vezes ao dia nos primeiros dias, evitando assim o retorno ao seu formato original;
 - ✓ Reavaliar em sete dias.

Obs.: Embora este seja um procedimento da Atenção Secundária os profissionais da Atenção Primária que se sentirem capacitados poderão executá-lo.

b) Frenectomia lingual em crianças maiores

Referenciar para a especialidade de Cirurgia no CEO.

- Freio lingual curto, impossibilitando elevação da língua (anquiloglossia);
- Crianças com problemas de fonação e/ou deglutição;
- Língua que, ao ser colocada para fora da boca, apresenta-se bífida na sua extremidade.

c) Frenectomia labial

Referenciar para a especialidade de Cirurgia no CEO.

- Restrição dos movimentos do lábio;
- Isquemia da papila incisiva quando o freio é tracionado;

-
- Diastema mediano inter-incisivos, produzindo efeitos estéticos desfavoráveis;
 - Indicação ortodôntica, antes de reduzir o diastema inter-incisivos.

Obs.: Deve ser referenciada após erupção dos caninos permanentes.

12.2.8.6. Cirurgia de supranumerários

Referenciar para a especialidade para prevenir:

- Retenção ou retardo na erupção dos permanentes;
- Posicionamento incorreto na arcada;
- Diastemas;
- Formação de cisto dentífero.

12.2.8.7. Cirurgia de odontomas

Referenciar para a especialidade para prevenir

- Não erupção ou a impactação dos dentes;
- Aumento do volume no local;
- Tumefação óssea ou deslocamentos de dentes.

12.2.9. Medicamentos de uso sistêmico

a) Analgésicos

- Indicação: dor relatada pela criança (não subestimá-la);
- Administração regular nos três primeiros dias do pós-operatório para prevenir a recorrência da dor;
- Utilizar anti-inflamatório quando houver risco de extensa inflamação.

b) Antibióticos

- Indicação: infecção de origem bucal causando comprometimento sistêmico da criança: mal-estar geral, febre (temperatura > 38° C) e limitação de abertura bucal;
- Administração regular por 7 a 10 dias.

c) Profilaxia antibiótica

- Indicações (do paciente):
 - I. Prótese valvar ou material protético para reparo de válvula cardíaca;
 - II. História de endocardite;
 - III. Cardiopatia congênita
- Indicações (do procedimento odontológico):

-
- I. Todos procedimentos que envolvam a manipulação do tecido gengival, pulpar ou região periapical ou perfuração da mucosa oral;
 - II. Não se indica: injeção rotineira de anestesia local através de tecidos não infectados, tomada de radiografias, colocação de próteses ou aparelhos removíveis, colocação de braquetes ortodônticos, esfoliação de dentes decíduos, sangramento por trauma à mucosa oral.

12.2.10. Medicamentos de escolha para uso sistêmico, tópico e para enfermidades específicas: vide capítulo 17.

13 - Tratamento Restaurador na Atenção Básica

Os objetivos do tratamento restaurador são de reparar ou limitar os danos da cárie, proteger e preservar a estrutura dental, restabelecer a função, restaurar a estética quando aplicável e facilitar a manutenção da boa higiene oral. A vitalidade pulpar deve ser mantida sempre que possível.

13.1. Restaurações de resina composta

a) Indicações:

- Indicadas para uso em dentes anteriores;
- Dentes permanentes posteriores tratados endodonticamente.

Obs.:

- ✓ Em casos onde o isolamento ou cooperação do paciente são comprometidos, as resinas compostas deixam de ser o material de escolha;
- ✓ Em pacientes com múltiplas lesões de cárie, deficiência e dificuldade de higiene bucal, o uso das resinas compostas como material de escolha é desaconselhável.

b) Técnica de restauração com resina composta

- Isolar o campo operatório;
- Remover o tecido cariado com curetas e/ou brocas esféricas em Baixa Rotação (BR);
- Proteger o complexo dentino pulpar;
- Condicionar o esmalte com ácido gel 35% a 37%;
- Lavar com água em abundância;
- Secar levemente;
- Usar sistema adesivo de acordo com as instruções do fabricante;
- Acomodar a resina na cavidade em pequenas camadas e de maneira oblíqua;
- Fotopolimerizar por camadas;
- Remoção dos excessos de resina com lâmina de bisturi e pontas diamantadas;
- Verificar oclusão com carbono;
- Polimento.

13.2. Restaurações de Amálgama

a) Indicações

- Dentes posteriores

b) Técnica

- Isolar o campo operatório;
- Remover o tecido cariado com curetas e/ou brocas esféricas em BR;
- Limpar a cavidade com Clorexedina a 0,12%
- Proteger o complexo dentino pulpar;
- Condensar o amálgama na cavidade;
- Brunir;
- Esculpir;
- Verificar oclusão;
- Polimento em outra sessão.

Obs.:

- **Restaurações classe II:** sempre utilizar matriz metálica e cunha devidamente preparada; iniciar condensação pela proximal.
- Dispensar restos de amálgama em recipiente apropriado.

13.3. Capeamento pulpar indireto

É uma técnica de mínima intervenção onde se faz a remoção parcial de dentina cariada, realizada em uma única sessão.

a) Indicação

- Tratamento pulpar indireto está indicado em dentes permanentes com lesão cariada profunda, com alteração pulpar reversível, ou seja, sem sinais e sintomas clínicos como: sensibilidade à percussão ou palpação, dor espontânea, edema e fístula;
- Não deve haver evidência radiográfica de reabsorções externa ou interna ou outras alterações patológicas;
- Tratamento pulpar indireto deve ser realizado em dentes com potencial de recuperação do dano provocado pela lesão de cárie.

b) Técnica

- Remover o tecido cariado com curetas ou brocas em BR;
- Conservar a porção mais profunda do tecido cariado, a fim de evitar a exposição pulpar;

-
- Limpar a cavidade com Solução de Clorexedina a 0,12% (deixar um pouco umedecida);
 - Aplicar Hidróxido de Cálcio PA na cavidade;
 - Aplicar Cimento de Hidróxido de Cálcio na cavidade;
 - Fazer uma base CIV ou Material Restaurador Intermediário;
 - Aguardar 60 dias e/ou restaurar com o material eleito.

13.4. Tratamento Restaurador Atraumático

ART é uma técnica de mínima intervenção e máxima prevenção que remove apenas o tecido desmineralizado e preserva a camada de dentina mais interna capaz de se remineralizar.

a) Vantagens do uso da técnica:

- Favorecimento do aumento da vida útil do dente;
- Tratamento restaurador associado ao preventivo;
- Atendimento humanizado;
- Tratamento sem dor e trauma devido à redução da irritação pulpar e limpeza mais suave da cavidade realizada apenas com cureta dentinária;
- Não exposição do paciente aos barulhos habituais do consultório;
- Diminuição da ansiedade e do uso de anestésicos;
- Controle de infecção simplificado;
- Baixo custo;
- Bom desempenho clínico com restaurações de uma face com alto nível de sobrevida após três anos;
- Possibilidade de realização do procedimento curativo de forma mais rápida e em um estágio mais inicial de forma a evitar a extração.
- Pode proporcionar tratamento restaurador onde há dificuldades para a realização dos métodos convencionais.

b) Indicações

- Crianças com problema de manejo;
- Cárie precoce da infância;
- Pacientes muito jovens que nunca receberam tratamento;
- Pacientes com grande ansiedade ou medo;
- Gestantes;
- Idosos;

-
- Pacientes com contraindicação à anestesia local;
 - Pacientes com contraindicação médica para o tratamento odontológico convencional;
 - Pacientes com perda de autonomia;
 - Pacientes com deficiência física ou mental;
 - Institucionalizados;
 - Acamados;
 - Escolares;
 - Outras aplicações que se julgar necessário.

c) Contraindicações

- Dentes com dor espontânea e inflamação crônica da polpa;
- Dentes com história de edema ou fístula;
- Cavidades com paredes subgingivais.

d) Técnica

- **ART convencional**
 - ✓ Preparo dos instrumentos e materiais;
 - ✓ Exame do dente após remoção da placa dental com o uso de bolinha de algodão ou escova;
 - ✓ Acesso à lesão cariada (clivagem do esmalte) com isolamento relativo;
 - ✓ Remoção de toda a dentina cariada do limite amelo-dentinário e paredes laterais com curetas menores;
 - ✓ Remoção da dentina cariada infectada da parede pulpar com curetas maiores, sem utilizar pressão excessiva. A dentina descolorida ou pigmentada que estiver endurecida deve ser mantida;
 - ✓ Lavagem da cavidade com bolinha de algodão molhada;
 - ✓ Novo isolamento relativo;
 - ✓ Secagem da cavidade com bolinha de algodão seca;
 - ✓ Proteção pulpar, se necessário;
 - ✓ Condicionamento com ácido poliacrílico (líquido do ionômero) por 10 a 15 seg.;
 - ✓ Lavagem da cavidade com bolinha de algodão molhada;
 - ✓ Novo isolamento relativo;
 - ✓ Secagem da cavidade com bolinha de algodão seca;

-
- ✓ Proporcionamento e manipulação do Cimento de Ionômero de Vidro de alta viscosidade mantendo rigorosamente as recomendações do fabricante;
 - ✓ Inserção do Cimento de Ionômero de Vidro na cavidade antes da perda do brilho iniciando pelas margens cavitárias;
 - ✓ Em cavidades Classe I que envolvam toda a superfície oclusal e cavidades Classe V, inserir o material em quantidade suficiente para selar toda a cavidade e comprimi-lo com pressão digital com o dedo indicador enluvado e lubrificado com anestésico tópico durante 1,5 minutos;
 - ✓ Em cavidades classe I em que a lesão não envolver toda a superfície oclusal colocar o ionômero primeiro na cavidade deixando um excesso para ser comprimido no restante da superfície oclusal promovendo o selamento;
 - ✓ Em cavidades classe II, deve-se utilizar tira de matriz e cunha interproximal e iniciar a inserção do cimento de ionômero de vidro pela (s) caixa (s) proximal (ais);
 - ✓ Realizar o ajuste oclusal com auxílio de papel carbono e esculpidor. Evitar o uso de alta rotação;
 - ✓ Novo isolamento relativo;
 - ✓ Aplicação de verniz ou base de unha;
 - ✓ Instrução do paciente para não mastigar nas duas horas após a realização das restaurações.
- **ART modificado**
 - ✓ Preparo dos instrumentos e materiais;
 - ✓ Exame do dente após remoção da placa dental com o uso de bolinha de algodão ou escova ou profilaxia;
 - ✓ Se a abertura for feita com alta rotação, o isolamento está dispensado;
 - ✓ Remoção de toda a dentina cariada do limite amelo-dentinário e paredes laterais com curetas menores;
 - ✓ Remoção da dentina cariada infectada da parede pulpar com curetas maiores, sem utilizar pressão excessiva. A dentina descolorida ou pigmentada que estiver endurecida deve ser mantida;
 - ✓ Lavagem da cavidade podendo utilizar a seringa tríplice;

-
- ✓ Novo isolamento relativo;
 - ✓ Secagem da cavidade podendo utilizar a seringa tríplice;
 - ✓ Proteção pulpar, se necessário;
 - ✓ Condicionamento com ácido poliacrílico (líquido do ionômero) por 10 a 15 seg.;
 - ✓ Lavagem da cavidade podendo utilizar a seringa tríplice;
 - ✓ Novo isolamento relativo;
 - ✓ Secagem da cavidade podendo utilizar a seringa tríplice;
 - ✓ Proporcionamento e manipulação do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade mantendo rigorosamente as recomendações do fabricante;
 - ✓ Inserção do cimento de ionômero de vidro na cavidade antes da perda do brilho iniciando pelas margens cavitárias;
 - ✓ Em cavidades Classe I que envolvam toda a superfície oclusal e Cavidades Classe V, inserir o material em quantidade suficiente para selar toda a cavidade e comprimi-lo com pressão digital com o dedo indicador enluvado e lubrificado com anestésico tópico durante 1,5 minutos;
 - ✓ Nas cavidades classe I em que a lesão não envolver toda a superfície oclusal, colocar o ionômero primeiro na cavidade, deixando um excesso para ser comprimido no restante da superfície oclusal promovendo o selamento;
 - ✓ Em cavidades classe II, deve-se utilizar tira de matriz e cunha interproximal e iniciar a inserção do cimento de ionômero de vidro pela (s) caixa (s) proximal (ais);
 - ✓ Realizar o ajuste oclusal com auxílio de papel carbono e esculpidor. Evitar o uso de alta rotação;
 - ✓ Novo isolamento relativo;
 - ✓ Aplicação de verniz ou base de unha;
 - ✓ Instrução do paciente para não mastigar nas duas horas após a realização das restaurações.

Obs.:

- Uso de sugador de saliva e luz artificial durante todo o procedimento (ART modificado);

-
- Não será usado motor de baixa rotação para remoção de tecido cariado;
 - Caso o paciente relate dor na remoção da dentina infectada ele poderá ser anestesiado;
 - Em hemiarcos com múltiplas cavidades, o proporcionamento, a manipulação e inserção do CIV devem ser feitos, preferencialmente dente a dente, separadamente. Se for feita em dois ou mais, ao mesmo tempo, a manutenção do brilho do material, no momento da inserção, deve ser garantida.

e) **Monitoramento das Restaurações ART**

As falhas devem ser sempre identificadas e corrigidas, pois caso contrário a restauração substituta pode fracassar também e observar a sequência de passos para a identificação das causas e manejo das falhas:

- **Desgaste severo**

Causa:

- ✓ Características físicas do material;

Manejo:

- ✓ Aplicação de nova camada de material CIV sobre a restauração, após a limpeza e condicionamento do dente e da restauração.

- **Fratura no corpo da restauração**

Causas:

- ✓ Restauração realizada em grandes cavidades ocluso-proximais;
- ✓ Remoção insuficiente de tecido cariado;

Manejo:

- ✓ Se a parte fraturada estiver solta e puder ser retirada a restauração deve ser reparada da mesma forma anterior, caso contrário, deve-se lançar mão de instrumentos rotatórios para remover a parte fraturada.

- **Perda total ou parcial da restauração**

Causas:

- ✓ Remoção insuficiente de tecido cariado;
- ✓ Contaminação da cavidade por fluídos como saliva ou sangue durante o procedimento;
- ✓ Inadequação do condicionamento;
- ✓ Manipulação imprópria do material;

-
- ✓ Inserção incorreta do material;

Manejo:

- ✓ Se a restauração foi perdida na totalidade, ou se foi perdida na sua maior parte, deve ser refeita após limpeza e condicionamento da cavidade, com o material de escolha (CIV ou outro material).
- ✓ Se apenas uma pequena parte da restauração foi perdida, deve ser realizado apenas um reparo.

- **Presença de lesão cariiosa na superfície dentária ou fissura adjacente**

Causas:

- ✓ Remoção incompleta do tecido amolecido durante o preparo;
- ✓ Restauração inadequadamente selada, proporcionando o desenvolvimento de atividade microbiana na margem da restauração ou em outra parte da superfície dentária;

Manejo:

- ✓ Obtenção de acesso à lesão de cárie com instrumental manual/Alta Rotação (AR), remoção do tecido cariado, limpeza, condicionamento e preenchimento da nova cavidade.

14 - Periodontia na Atenção Básica

14.1. Características do tecido gengival saudável

- Coloração: rosa pálido ou ligeiramente arroxeadada (pigmentação de melanina) em determinados grupos étnicos;
- Contorno: margem gengival festonada e bem adaptada à junção cimento-esmalte, papilas bulbosas, planas ou achatadas;
- Consistência: firme;
- Textura: Aspecto de casca de laranja;
- Opaca;
- Ausência de sangramento.

14.2. Classificação das doenças do periodonto

a) Doenças gengivais

- **Induzidas por placa bacteriana**
 - ✓ Gengivite associada somente por placa bacteriana;
 - Sem fatores locais;
 - Com fatores locais.
 - ✓ Doenças gengivais modificadas por fatores sistêmicos
 - Puberdade;
 - Menstruação;
 - Gravidez: gengivite / granuloma piogênico;
 - Diabetes melito;
 - Leucemia e outros;
 - ✓ Doenças gengivais modificadas por medicações
 - Crescimento gengival (hiperplasia);
 - Gengivite.
 - ✓ Doenças gengivais modificadas por má nutrição
 - Avitaminose C (escorbuto);
 - Outros.
- **Não induzidas por placa bacteriana**
 - ✓ Doenças gengivais de origem bacteriana específica

-
- Neisseria gonorrhoea;
 - Treponema pallidum;
 - Streptococcus sp;
 - Outros.
 - ✓ Doenças gengivais de origem virótica
 - Herpética: Gengivo estomatite herpética primária, Herpes bucal recorrente, Varicela / Herpes Zoster;
 - Outros.
 - ✓ Doenças gengivais de origem fúngica
 - Candidíase (Candida s.p.);
 - Eritema gengival linear;
 - Histoplasmose;
 - Outros.
 - ✓ Lesão gengival de origem genética
 - Fibromatose gengival hereditária;
 - Outros.
 - ✓ Manifestação gengival de condições sistêmicas
 - Alterações muco-cutâneas: líquen plano, penfigóide, pênfigo vulva, eritema multiforme, lúpus eritematoso, indução de drogas e outros;
 - Reações alérgicas: a materiais restauradores e relacionadas a dentifrícios, bochechos, goma de mascar, alimentos/conservantes;
 - Outros.
 - ✓ Lesões traumáticas (Factícia, iatrogênica, acidental)
 - Química;
 - Física (mecânica)
 - Térmica.
 - ✓ Reação de corpo estranho.
 - ✓ Nenhuma outra especificada.

b) Doenças periodontais

- Periodontite crônica
 - ✓ Localizada: < 30% de sítios afetados;
 - ✓ Generalizada: > 30% de sítios afetados.
- Periodontite agressiva (severidade com perda de inserção)

-
- ✓ Leve: 1 a 2 mm;
 - ✓ Localizada moderada: 3 a 4 mm;
 - ✓ Generalizada severa: ≥ 5 mm (encaminhar).
 - Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas
 - ✓ Associadas com doenças hematológicas;
 - ✓ Associadas com alterações genéticas;
 - ✓ Nenhuma outra específica.
 - Doenças periodontais necrosante
 - ✓ Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN);
 - ✓ Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN).
 - Abscessos do periodonto
 - ✓ Gengival;
 - ✓ Periodontal;
 - ✓ Pericoronário.
 - Periodontite associada com lesão endodôntica;
 - Lesão combinada periodonto-endodôntica.

Obs.:

Os itens abaixo descritos tanto podem ocorrer nas doenças gengivais como nas doenças periodontais:

- a) Associadas com desenvolvimento ou deformidades e condições adquiridas.
- b) Fatores localizados, relacionados ao dente, que modificam ou predisõem doença gengival / periodontite induzida por placa bacteriana:
 - Fatores anatômicos dentários;
 - Restaurações dentárias;
 - Aparelhos;
 - Fratura radicular;
 - Reabsorção cervical da raiz e do cimento.
- c) Deformidades e condições mucogengivais em áreas edêntulas:
 - Deficiência vertical e/ou horizontal;
 - Falta de gengiva / tecido queratinizado;
 - Aumento gengival / tecido mole;
 - Freio anormal / posição muscular;
 - Vestíbulo raso;

-
- Cor anormal.
- d) Deformidades mucogengivais e condições ao redor do dente:
- Retração gengival;
 - Falta de gengiva queratinizada;
 - Vestíbulo raso;
 - Freio anormal / posição muscular;
 - Crescimento gengival;
 - Cor anormal.
- e) Trauma oclusal:
- Primário;
 - Secundário.

Tabagismo

O progresso da doença periodontal é duas vezes mais rápido em fumantes do que em não fumantes. O fumo intenso de cigarros pode levar ao escurecimento da gengiva onde o ar aquecido é aspirado, na maioria das vezes na gengiva vestibular anterior. Pode também levar à leucoplasia.

O tabagismo afeta de modo negativo o processo de cicatrização, alterando o resultado do tratamento após a raspagem, o alisamento radicular, cirurgia de retalho e terapia periodontal regenerativa. Além disso uma grande proporção de pacientes refratários foi identificada como sendo de pacientes fumantes.

14.3. Controle da placa bacteriana

Incentivar o autocuidado através de um efetivo controle de placa dental deve ser uma das principais medidas de promoção de saúde bucal na clínica odontológica.

- Fazer orientações de higiene bucal;
- Realizar a profilaxia com escova de Robson/Jato bicarbonato;
- Avaliar periodicamente o controle da placa bacteriana feito pelo usuário.

14.4. Exame clínico periodontal

a) Registro Periodontal Simplificado – PSR

- Examinar todos os dentes individualmente;
- Avaliar no mínimo seis áreas em cada dente (3 por vestibular e 3 por palatino e/ou lingual);
- Para cada sextante com um ou mais dentes, somente o resultado mais grave será registrado no odontograma;
- Se o sextante for edêntulo marcaremos com um “X”.

b) Utilização do PSR

| Código / condição | Verificação à sondagem | Terapia / tratamento |
|--|---|---|
| Código 0: Saúde gengival | <ul style="list-style-type: none">• Profundidade de 3,5mm;• Sem cálculo ou defeito marginal;• Sem sangramento após a sondagem | <ul style="list-style-type: none">• Medidas preventivas• Instrução de higiene bucal. |
| Código 1: Gengivite | <ul style="list-style-type: none">• Profundidade de 3,5mm;• Sem cálculo ou defeito marginal;• Com sangramento após a sondagem | <ul style="list-style-type: none">• Instrução de higiene bucal;• Remoção de placa subgengival. |
| Código 2: Gengivite | <ul style="list-style-type: none">• Profundidade de 1 a 2 mm;• Presença de cálculos e/ou defeitos marginais | <ul style="list-style-type: none">• Instrução de higiene oral;• Remoção de placa e cálculos;• Correção das margens de restaurações. |
| Código 3: Periodontite leve a moderada | <ul style="list-style-type: none">• Profundidade maior que 3 mm e menor que 4 mm. | <ul style="list-style-type: none">• Instrução de higiene oral;• Remoção de placa e cálculos;• Correção das margens de restaurações. |
| Código 4: Periodontite moderada a severa | <ul style="list-style-type: none">• Profundidade maior que 4 mm. | <ul style="list-style-type: none">• Encaminhar para a especialidade. |

14.5. Tratamento

a) Exame e avaliação clínica

b) Procedimentos básicos

- Orientar o paciente sobre a doença;
- Motivar o paciente (orientação de higiene bucal);
- Raspagem e alisamento coronoradicular;
- Exodontias indicadas;
- Eliminação ou controle de fatores etiológicos; *
- Contenção temporária com resina (se necessário);
- Desgastes oclusais prévios;
- Integração clínica. **

c) Reavaliação (após 30 a 40 dias)

- Novo exame clínico;
- Novo exame radiográfico;

-
- Comparar o exame inicial com o exame de reavaliação;
 - Complementação cirúrgica, se necessário (encaminhamento para o especialista).
- d) Controle e manutenção**
- Controle da placa bacteriana;
 - Verificação da profundidade de sulco (sondagem);
 - Remotivar o paciente (orientação de higiene bucal).
- e) As consultas na A.P.S para manutenção periódica do tratamento periodontal, realizado no CEO, deverão ser garantidas sem a necessidade do usuário entrar em fila de espera.**

Obs.:

*** Eliminação dos fatores etiológicos**

- Determinante ou irritativos: placa dental bacteriana, cálculo dental;
- Predisponentes ou traumatizantes: próteses, restaurações iatrogênicas, dentes cariados, dentes mal posicionados no arco dental, outros (ex.: fatores hereditários: anatomia dos dentes e do periodonto);
- Modificadores ou sistêmicos: diabetes melito, fumo, stress, outros (ex.: fatores imudepressores).

**** Integração clínica**

É a execução integrada dos procedimentos paralelos e necessários ao tratamento periodontal (ex.: endodontia, dentística, prótese etc.)

15 - Cirurgia na Atenção Básica

15.1. Consulta inicial

- Anamnese, história médica, dentária e exame físico extra e intra-oral;
- Requisitar exames radiográficos;
- Avaliar a necessidade de intervenção e seu benefício a partir da análise da condição sistêmica do paciente, evitando atribuições durante o trans e o pós-operatório.

a) Aspectos a serem considerados no pré-operatório cirúrgico:

- Conduta operatória segundo a necessidade cirúrgica;
- Tempo de coagulação, condição hepática e renal, deficiência nutricional ou metabólica, infecções prévias, avitaminoses, antibioticoterapia ou corticoterapia continuada;
- Manutenção dos sistemas funcionais do paciente;
- Metabolização e interação dos medicamentos;
- Estabilização do processo de cicatrização e consolidação óssea.

b) Condições comuns de saúde que devem ser questionadas verbalmente ou por questionário:

- Angina;
- Infarto do miocárdio;
- Outras cardiopatias;
- Desordens sanguíneas;
- Uso de anticoagulantes;
- Diabete;
- Uso de corticosteroides;
- Desordens convulsivas;
- Gravidez e amamentação;
- Asma;
- Doença pulmonar;
- Tuberculose;
- Hepatite;

-
- Doenças sexualmente transmitidas;
 - Doença renal;
 - Hipertensão;
 - Próteses implantadas (em qualquer parte do corpo);
 - Alergia a medicamentos e substâncias.

c) Exame físico maxilofacial

- Examinar visualmente acerca do formato geral e simetria da cabeça e esqueleto facial;
- Retirar todas as próteses parciais e totais removíveis;
- Inspeccionar a cavidade bucal procurando por lesões dentárias e na mucosa oral;
- Segurar a língua fora da boca com uma gaze seca, enquanto inspeciona as bordas laterais;
- Palpar língua, lábios, assoalho da boca e glândulas salivares;
- Palpar o pescoço procurando por linfonodos.

d) Plano de Tratamento

- Avaliar a condição sistêmica, sempre orientada pela anamnese;
- Pacientes que já apresentam história anterior de doença sistêmica devem estar compensados;
- Para os pacientes que na anamnese houver alguma suspeita ou sinal/sintoma anormal encaminhar para o clínico geral;
- Pacientes que por algum motivo não consigam ser compensados e com cirurgias complexas devem ser encaminhados para CEO;
- Procedimentos realizados na Atenção Básica: ulotomia/ulectomia, exodontias simples e remoção de raízes residuais, abscesso dento-alveolar, pericoronarite, alveolites e hemorragias (vide capítulo 16), dentes decíduos com indicação de extração (vide capítulo 12).

Obs.: Demais casos deverão ser encaminhados para a especialidade.

15.2. Condutas

a) Ulotomia/ulectomia

- **Indicações**
 - ✓ Dente permanente palpável e em rizogênese avançada, com pelo menos 2/3 de raiz formada;

✓ Presença de fibrose da mucosa gengival.

• **Técnica**

- ✓ Realizar exame radiográfico antes do procedimento;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestésico tópica nas regiões a serem anestesiadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa;
- ✓ Incisão em vestibular e lingual ou palatina convergentes para oclusal, em forma elíptica, circular ou oval, com bisturi com lâmina número 15;
- ✓ Descolamento e/ou remoção da mucosa gengival para exposição da coroa;
- ✓ Hemostasia com compressas de gazes para controlar o sangramento

b) Exodontia simples e raízes residuais

- Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- Anestésico tópica nas regiões a serem anestesiadas;
- Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa do dente e estruturas anexas;
- Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- Sindesmotomia – descolamento das fibras periodontais;
- Odontossecção (se necessário) com brocas cirúrgicas em caneta de alta rotação, abundantemente irrigada com soro fisiológico;
- Luxação do elemento dental com seus respectivos movimentos: intrusão, lateralidade, rotação (só em elemento unirradicular);
- Remoção do elemento dental com uso de alavancas ou fórceps;
- Limagem e alisamento das paredes alveolares remanescentes (quando necessário);
- Curetagem do alvéolo (quando necessário);
- Irrigação com soro fisiológico do campo operatório;
- Colocar esponja de fibrina (quando necessário);
- Hemostasia com compressas de gazes para controlar o sangramento;
- Compressão das corticais ósseas;
- Sutura;
- Hemostasia com compressas de gazes para controlar o sangramento

15.3. Recomendações pós-operatórias

- ✓ Manter repouso em 24 horas;
- ✓ Manter a cabeça mais elevada que o corpo nas primeiras horas pós-operatórias;
- ✓ Não cuspir, não fumar, não realizar esforços físicos;
- ✓ Não realizar bochechos nas primeiras 48 horas após o procedimento cirúrgico.
- ✓ Evitar mastigar sob efeito da anestesia;
- ✓ Dieta líquida e/ou pastosa, de preferência fria e/ou gelada nas primeiras refeições pós-operatórias;
- ✓ Realizar compressa fria na face, sobre o local operado, aplicando 10 minutos de gelo no local e descansando, no mínimo 20 minutos;
- ✓ Higiene oral pode e deve escovar bem os dentes, tomando o devido cuidado com a área operada;
- ✓ No caso de hemorragia, morder firmemente uma gaze e procurar atendimento odontológico de urgência;
- ✓ Seguir corretamente a prescrição medicamentosa e não fazer automedicação;
- ✓ Qualquer intercorrência retorne à UBS;
- ✓ Retornar após sete dias para remoção da sutura.

16 - Urgência e Emergência

EMERGÊNCIA é uma constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

URGÊNCIA é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Vê-se a partir dos conceitos que nos casos de emergência há risco iminente de interrupção da vida ou sofrimento muito intenso. E isso faz desta condição clínica uma prioridade absoluta. (RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95).

Urgência odontológica pode ser entendida, como medidas rápidas de atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos e infecciosos da cavidade bucal, portanto deve ser tratada de forma iminente. Várias situações podem gerar uma urgência odontológica e levam, geralmente, ao afastamento laboral, escolar e baixa na qualidade de vida. Ocorre com mais frequência em pessoas que não fazem tratamento odontológico regular, porém pode surgir também após ou durante o tratamento.

A urgência odontológica faz parte da atenção básica, assim os casos de urgência devem, preferencialmente, ser solucionados no Pronto-Atendimento dos Hospitais Regionais (anexo I), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou nas Unidades Básicas (UBS). (Protocolo de Atenção à Saúde Urgências Odontológicas - SES-DF 2017).

O atendimento de Urgência visa eliminar a dor de origem dental, controlar episódios infecciosos, tratar as consequências de eventos traumáticos e restabelecer o conforto temporário até a busca de uma solução definitiva por parte do paciente, em todos os níveis de atenção de Rede de Saúde Bucal. As ações de urgência incluem sobretudo aliviar os sintomas e amenizar o sofrimento. Situações de urgência e/ou emergência, em odontologia, devem ser acolhidas em todos os níveis de atenção, sem distinção territorial.

É atribuição do Cirurgião Dentista da atenção básica acolher o usuário em situação de urgência e emergência de forma humanizada, individualizada e com escuta qualificada. Ao se deparar com uma demanda espontânea, e por isso inesperada, o CD deve acolher o usuário e definir se o caso se trata de emergência, urgência ou intervenção programada. No caso de emergência e urgência o CD deve registrar, de forma detalhada,

as informações sobre o atendimento prestado e arquivar o prontuário a fim de resguardar direitos do paciente e seu exercício profissional. As lesões também devem ser descritas quanto à localização, aspecto, extensão, relacionando os dentes envolvidos em suas faces e regiões atingidas. Após o atendimento de urgência o usuário deverá ser orientado a dar continuidade ao tratamento na Unidade de Saúde próxima ao seu domicílio.

O serviço odontológico de urgência e emergência no município de Uberaba conta com local de atendimento específico localizado na UPA São Benedito com funcionamento em dias de semana das 18hs às 6Hs e sábado, domingos e feriados 24 hs.

Além deste local, o município conta também com trinta (30) Unidades Básicas de Saúde, com sete (7) pontos de apoio e 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde com atendimento noturno. Essas Unidades contam com equipe de Saúde Bucal que deverão atender as urgências e emergências de acordo com o preconizado nesse protocolo.

16.1. Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10)

K04.0 – Pulpite

K04.1 – Necrose da polpa

K04.2 - Degeneração da polpa

K04.4 - Periodontite apical aguda de origem pulpar

K04.5 - Periodontite apical crônica

K04.6 - Abscesso periapical com fístula

K04.7 - Abscesso periapical sem fístula

K04.9 - Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas

K05.0 - Gengivite aguda

K05.2 - Periodontite aguda

K05.4 - Periodontose

K05.5 - Outras doenças periodontais

K10.2 - Afecções inflamatórias dos maxilares

K10.3 - Alveolite maxilar

S02.5 - Fratura de dentes

S005.5 - Traumatismo superficial dos lábios e da cavidade oral

S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares

S02.6 - Fratura da mandíbula,

S03.0 - Luxação da maxila

K02.1 - Cárie da dentina

K02.2 - Cárie do cimento

K02.8 - Outras lesões de cárie.

16.2. Pulpite

16.2.1. Pulpite reversível

A dor é provocada, de curta duração, localizada, intermitente e cede com o uso de analgésicos. Normalmente as radiografias não mostram alteração neste tipo de situação, contudo, podem ser úteis para identificar dentes suspeitos, ou seja, dentes com lesões de cárie, restaurações extensas ou traumatismos.

Conduta

- a) Anestésiar de acordo com a localização do elemento dental;
- b) Remover o tecido cariado das paredes circundantes o máximo possível, tendo o cuidado de não expor a polpa do elemento dental na parede de fundo;
- c) Limpar a cavidade com bolinha de algodão embebida em Clorexedina a 0,12%;
- d) Colocar hidróxido de cálcio PA no assoalho da cavidade;
- e) Aplicar o cimento de hidróxido de cálcio sobre o PA;
- f) Selar a cavidade com ionômero de vidro ou cimento à base de Óxido de zinco e Eugenol. Nesta fase, removendo-se o agente irritante (cárie ou trauma), o tratamento da polpa é conservador;
- g) Reavaliar após 60 dias;
- h) Restaurar em caso de remissão da dor e ausência de outros sinais;
- i) Encaminhar para o tratamento endodôntico em casos onde não houve a remissão da dor.

16.2.2. Pulpite irreversível

É caracterizada por dor espontânea, intensa, pulsátil, intermitente e contínua. Pode haver ligeira sensibilidade à percussão. Tem uma resposta prolongada e acentuada ao frio. Os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não são capazes de cessar o quadro doloroso quando a dor se manifesta continuamente. Normalmente as radiografias não mostram alteração neste tipo de situação, contudo, podem ser úteis para identificar dentes suspeitos, ou seja, dentes com lesões de cárie, restaurações extensas ou traumatismos.

Conduta

- a) Anestésiar de acordo com a localização do elemento dental;

-
- b) Remover todo o tecido cariado;
 - c) Acessar a câmara pulpar removendo todo o teto;
 - d) Remover a polpa coronária;
 - e) Irrigar com soro ou Clorexedina a 0,12%;
 - f) Estancar o sangramento com bolinha de algodão;
 - g) Colocar uma bolinha de algodão embebida em Eugenol e outra seca por cima na cavidade pulpar;
 - h) Restaurar provisoriamente com cimento à base de Óxido de Zn e Eugenol;
 - i) Encaminhar para o tratamento endodôntico.

16.3. Pericementite / Periodontite

É a inflamação do tecido conjuntivo periapical em decorrência de uma infecção pulpar ou de um tratamento endodôntico (PERRIN et al, 2008), com sensação de dente crescido. Esta condição pode ter origem na necrose pulpar e traumas mecânicos. Ocorre em dentes vitais e não-vitais. Apresenta dor a percussão vertical e a mastigação. Radiograficamente, os ligamentos periodontais apicais ou laterais podem parecer estar dentro dos limites normais.

16.3.1. Apical Aguda Traumática (Primária)

Conduta:

- a) Observar a causa que originou o aparecimento da alteração patológica (ex.: contato prematuro, restaurações recentes, bruxismo e má oclusão);
- b) Estabelecer o correto diagnóstico da patologia baseado no diagnóstico diferencial;
- c) Retirar a causa que originou o problema;
- d) Administrar medicamento analgésico e/ou anti-inflamatório, se necessário;
- e) Orientar o paciente para retornar para controle clínico e controle radiográfico se necessário;
- f) Prosservar em caso de agravamento dos sintomas, retornar imediatamente
- g) Orientar o paciente a retornar ao serviço especializado caso o problema tenha ocorrido durante ou após o tratamento endodôntico.

16.3.2. Apical Aguda infecciosa (Secundária)

Conduta:

- a) Observar a causa que originou o aparecimento da alteração patológica;

-
- b) Estabelecer o correto diagnóstico da patologia baseado no diagnóstico diferencial;
 - c) Anestésiar de acordo com a necessidade;
 - d) Remover todo o tecido cariado quando existente;
 - e) Acessar a câmara pulpar e remover o conteúdo necrótico;
 - f) Irrigar com soro ou Clorexedina a 0,12%.
 - g) Secar da cavidade pulpar com algodão;
 - h) Colocar uma bolinha de algodão embebida em Tricresol Formalina sem excesso, na entrada do (s) canal (is);
 - i) Restaurar provisoriamente com cimento à base de Óxido de Zn e Eugenol.
 - j) Administrar medicamento anti-inflamatório, se necessário;
 - k) Orientar o paciente para retornar para controle clínico e controle radiográfico se necessário;
 - l) Encaminhar o paciente para a realização do tratamento endodôntico posterior a essa intervenção.

16.4. Flare-up

Flare-up é uma complicação do tratamento endodôntico, associada a agressões químicas, mecânicas e microbianas na polpa e/ou tecidos perirradiculares, que são induzidos ou exacerbados durante o tratamento do canal radicular, podendo ser influenciados por grupos demográficos, estado geral de saúde, condição do tecido periodontal apical, sintomas clínicos, dente a ser tratado, número de consultas e medicação intracanal. A dor e/ou inflamação na área do dente tratado ocorre dentro de algumas horas ou dias, onde sintomas clínicos (dor de dente ao apertar, mastigar ou espontaneamente) são fortemente expressos, requerendo consultas não agendadas por parte dos pacientes.

Sintomatologia:

- a) Dor após instrumentação do dente com polpa viva;
- b) Dor após a instrumentação do dente com necrose pulpar, sem tumefação;
- c) Dor após a instrumentação do dente com necrose pulpar, com tumefação;
- d) Dor pós-obturação.

Obs.: Prescrição de analgésico/anti-inflamatório e o paciente deverá ser encaminhado para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento

(UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

16.5. Pericoronarite

A pericoronarite é um estado inflamatório de caráter infeccioso ou não, envolvendo o tecido mole localizado ao redor da coroa de um dente, geralmente um terceiro molar inferior em processo de erupção ou semi-incluso. A superfície oclusal do dente afetado é frequentemente revestida por um tecido gengival denominado opérculo, o qual favorece o acúmulo de alimentos e proliferação bacteriana causando dor, sangramento, halitose e trismo.

Conduta

- a) Anestésiar o local;
- b) Remover o biofilme e resíduos encontrados sob o capuz que envolve a coroa do dente;
- c) Irrigar abundantemente o interior do capuz com Clorexidina a 0,12% ou soro fisiológico;
- d) Desgastar a ponta de cúspide do terceiro molar antagonista caso a mesma esteja traumatizando o capuz que envolve a coroa ou extração do elemento antagonista;
- e) Prescrever analgésico/anti-inflamatório e antibiótico se necessário;
- f) Prescrever bochecho antisséptico;
- g) Encaminhar para a cirurgia gengival ou até mesmo a extração do dente após o controle do quadro de pericoronarite.

16.6. Alveolite

Complicação pós-cirúrgica como sinais e sintomas básicos: um alvéolo vazio ou com coágulo cinza sujo, dor de moderada a intensa, pulsátil, irradiada para o ouvido com dor espontânea e não aliviada por medicação analgésica. Está relacionada com a degeneração do coágulo sanguíneo intraoral.

Conduta:

- a) Anestésiar se necessário;
- b) Irrigar com soro fisiológico;
- c) Fazer uma inspeção cuidadosa com cureta de Lucas, removendo corpos estranhos se existirem, mas sem curetar;
- d) Irrigar novamente com Soro Fisiológico;

-
- e) Secar com gaze estéril;
 - f) Preencher o alvéolo com pasta medicamentosa (Alveosan);
 - g) Solicitar ao paciente para morder uma gaze estéril sobre o local, sem muita pressão, por 10 a 15 minutos;
 - h) Orientar o paciente quanto aos cuidados pós-operatórios:
 - Alimentação fria, líquida ou pastosa, hiperprotéica;
 - Evitar bochechos nas primeiras 24 horas;
 - Evitar esforços físicos e exposição prolongada ao sol, por um período de 3 dias;
 - i) Prescreve analgésicos em caso de dor;
 - j) Prescrever um anti-inflamatório se necessário;
 - k) Orientar o paciente para entrar em contato, caso não haja alívio da sintomatologia.

Obs.:

Nas alveolites com a presença de exsudato purulento está indicado a antibioticoterapia, quando existirem sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso, como enfartamento nodular, febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral e outros. Nestes casos, deve-se prescrever amoxicilina ou clindamicina para os alérgicos às penicilinas, podendo ser associadas ao metronidazol, de acordo com a intensidade dos sinais e sintomas da infecção (vide capítulo 17).

16.7. Hemorragia

São sangramentos que podem acontecer no transoperatório, pós-operatório, ou ainda, em caso de trauma por rompimento de vasos sanguíneos. Também podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardiamente, após 4 a 8 horas da cirurgia e, em alguns casos até 8 dias após a exodontia, desencadeada por esforço físico, trauma local rompendo o coágulo da região ou condições sistêmicas.

Conduta:

- a) Identificar a provável causa da hemorragia em uma rápida anamnese, (cirurgia bucal recente, trauma ou condição sistêmica);
- b) Localizar o (s) ponto (s) de sangramento (s);
- c) Limpar a área com soro fisiológico e gazes estéreis;
- d) Comprimir o local com o auxílio de gaze estéril;

-
- e) Anestésiar o local, preferencialmente através de técnicas regionais, com anestésico com vasoconstrictor;
 - f) Colocar esponja de fibrina no alvéolo e suturar procurando uma melhor aproximação das bordas da ferida;
 - g) Orientar o paciente para “morder” uma gaze sobre o local, mantendo-o sob observação por 30 minutos.

16.7.1. Controlada

- a) Dispensar o paciente, orientando-o a manter uma gaze comprimida sobre o local por mais 30 minutos;
- b) Colocar compressa de gelo com intervalos, protegendo a pele contra queimaduras;
- c) Prescrever dieta líquida, fria e hiperprotéica;
- d) Recomendar para evitar esforço físico, exposição demasiada ao sol e bochechos durante 48 horas;
- e) Manter a cabeça mais elevada que o corpo nas primeiras horas pós-operatórias;
- f) Retornar após 7 dias para remoção da sutura.

16.7.2. Persistente

- a) Suspeitar de algum problema de ordem sistêmica;
- b) Encaminhar imediatamente para avaliação no Pronto Atendimento (PA) médico.

16.8. Abscesso

O abscesso se forma quando a infecção prevalece sobre as resistências do hospedeiro. A maioria das infecções odontogênicas se originam a partir de necrose pulpar com invasão bacteriana no tecido periapical e periodontal.

16.8.1. Abscesso Dentoalveolar

Lesão representada por exsudato purulento em torno do ápice.

16.8.1.1. Inicial

Os abscessos dentoalveolares iniciais geralmente são pequenas coleções purulentas, circunscritas, de baixa gravidade, com progressão lenta e causados por bactérias anaeróbicas, usualmente com menor risco à saúde do paciente. A dor é intensa, localizada, pulsátil, ininterrupta, exacerbada com a palpação apical,

percussão vertical e lateral. Nesta fase o inchaço intra e extra oral ainda está ausente. Radiograficamente há um aumento do espaço pericementário.

Conduta:

- a) Anestésiar à distância;
- b) Remover todo o tecido cariado quando existente;
- c) Acessar a câmara pulpar e remover o conteúdo necrótico;
- d) Irrigar com soro fisiológico;
- e) Secar a cavidade pulpar com algodão;
- f) Colocar uma bolinha de algodão embebida em Tricresol Formalina sem excesso, na entrada do (s) canal (is);
- g) Selar provisoriamente;
- h) Prescrever anti-inflamatório e antibiótico, se necessário;
- i) Encaminhar o paciente para a realização do tratamento indicado.

16.8.1.2. Em evolução

Nesta fase a dor é moderada, difusa, pulsátil, espontânea, ininterrupta, exacerbada com a palpação apical, percussão vertical e lateral, apresenta inchaço intra e extra oral, difuso, firme, sem ponto de flutuação e aquecido. Radiograficamente há um aumento do espaço pericementário.

Conduta:

- a) Anestésiar à distância;
- b) Remover todo o tecido cariado quando existente;
- c) Acessar a câmara pulpar e remover o conteúdo necrótico;
- d) Irrigar com soro fisiológico;
- e) Secar da cavidade pulpar com algodão;
- f) Colocar uma bolinha de algodão embebida em Tricresol Formalina sem excesso, na entrada do (s) canal (is);
- g) Selar provisoriamente;
- h) Prescrever anti-inflamatório e antibiótico, se necessário;
- i) Encaminhar o paciente para a realização do tratamento indicado.

16.8.1.3. Evoluído

Nesta fase há uma evolução rápida do edema. Sua consistência à palpação torna-se mais amolecida podendo haver ponto de flutuação, trismo, falta de apetite, febre, mal-estar generalizado e mobilidade dental.

No que diz respeito à antibioticoterapia, de acordo com Eduardo Dias de Andrade:

“Se os sistemas de defesa do paciente estiverem conseguindo controlar a infecção, não é recomendado o uso de antibióticos para tratar os abscessos apicais agudos, bastando que se faça a descontaminação do local. Essa decisão deve ser tomada em função dos dados obtidos na anamnese e no exame físico extra e intrabucal (ausência de sinais locais de disseminação ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso). Essa conduta, porém, não pode ser generalizada. Pacientes portadores de doenças metabólicas (p. ex., diabete) ou imunossuprimidos podem requerer o uso complementar de antibióticos no tratamento de abscessos, mesmo localizados. Por outro lado, o uso de antibióticos é recomendado (como complemento da descontaminação local) quando os abscessos são acompanhados de sinais locais de disseminação (limitação da abertura bucal, linfadenite, celulite) e manifestações sistêmicas da infecção (febre, taquicardia, falta de apetite e mal-estar geral), que indicam ao profissional que os sistemas de defesa do paciente não estão conseguindo, por si só, controlar o processo infeccioso”. Andrade, Eduardo Dias de. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia* 3ª ed. (Página 124). Edição do Kindle.

Administrar uma dose de ataque 1h antes do início do atendimento (vide capítulo 17).

Conduta:

- a) A primeira fase segue o protocolo de tratamento do abscesso inicial ou em evolução;
- b) A segunda fase consiste na drenagem cirúrgica:
 - Drenar o abscesso com o paciente sob cobertura antibiótica. Caso este não esteja previamente medicado, administrar dose de ataque;
 - Anestésiar sempre que possível com técnica regional e solução anestésica com vasoconstrictor. Pode-se aplicar anestésico ao redor do abscesso de forma cuidadosa. No exato local onde será feita a incisão com bisturi, pode-se fazer um “botão anestésico”, ou seja, provocar a isquemia superficial da mucosa;
 - Fazer a incisão de 1 a 1,5 cm com lâmina de bisturi;

-
- Introduzir uma pinça hemostática (fechada) no corte, retirando-a aberta, de forma cuidadosa, divulsionando os tecidos. Nos abscessos com ponto de flutuação (abscessos submucosos) a divulsão é mais superficial. Nos abscessos subperiosteos, a divulsão dos tecidos é feita até que haja resistência óssea, promovendo o completo esvaziamento da coleção purulenta;
 - Irrigar o local da incisão com soro fisiológico;
 - Introduzir e suturar o dreno;
 - Prescrever bochechos com água morna e sal;
 - Orientar o paciente o consumo de dieta líquida hiperprotéica nas primeiras 24 horas;
 - Mediar com analgésicos, se necessário. Tomar a primeira dose ao final do efeito da anestesia local, repetindo as doses de manutenção nos intervalos do analgésico de escolha nas primeiras 24 h pós-operatórias;
 - Prescrever antibióticos, se necessário, em doses de manutenção.
 - Agendar retorno antes de completar as primeiras 72 h de antibioticoterapia, para reavaliação do quadro clínico;
 - Se houver disseminação do processo infeccioso para espaços teciduais adjacentes, linfadenite, febre, taquicardia, disfagia e mal-estar generalizado o paciente deverá ser encaminhado para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

16.8.2. Abscesso Periodontal

É caracterizado pela exacerbação aguda de uma lesão periodontal pré-estabelecida e pode estar associado a um envolvimento pulpar. Se não houver doença periodontal prévia, pode estar relacionado a traumas e trepanações radiculares.

Caracteriza-se por:

- Dor pulsátil à palpação e à percussão, difusa e irradiada;
- Aumento da massa tecidual;
- Superfície levemente ulcerada ou com ponto de flutuação;

-
- Rubor e edema na região extra bucal;
 - Mobilidade dentária;
 - Radiograficamente apresenta-se como uma lesão situada no terço médio da raiz com perda óssea.

Conduta

- a) Realizar raspagem, alisamento, polimento coronoradicular;
- b) Prescrever antibiótico;
- c) Realizar drenagem cirúrgica do abscesso:
 - Drenar o abscesso como paciente sob cobertura antibiótica. Caso este não esteja previamente medicado, administrar dose de ataque;
 - Anestésiar sempre que possível com técnica regional e solução anestésica com vasoconstrictor. Pode-se aplicar anestésico ao redor do abscesso de forma cuidadosa. No exato local onde será feita a incisão com bisturi, pode-se fazer um “botão anestésico”, ou seja, provocar a isquemia superficial da mucosa;
 - Fazer a incisão de 1 a 1,5 cm com lâmina de bisturi;
 - Introduzir uma pinça hemostática (fechada) no corte, retirando-a aberta, de forma cuidadosa, divulsionando-se os tecidos. Nos abscessos com ponto de flutuação (abscessos submucosos) a divulsão é mais superficial. Nos abscessos subperiosteos, a divulsão dos tecidos é feita até que haja resistência óssea, promovendo o completo esvaziamento da coleção purulenta;
 - Irrigar o local da incisão com soro fisiológico;
 - Introduzir e suturar o dreno;
 - Prescrever bochechos com água morna e sal;
 - Orientar o paciente o consumo de dieta líquida hiperprotéica nas primeiras 24 horas;
 - Mediar com analgésicos, se necessário. Tomar a primeira dose ao final do efeito da anestesia local, repetindo as doses de manutenção nos intervalos do analgésico de escolha nas primeiras 24 h pós-operatórias;
 - Prescrever antibióticos, se necessário, em doses de manutenção
 - Agendar retorno antes de completar as primeiras 72 h de antibioticoterapia, para reavaliação do quadro clínico;

-
- Se houver disseminação do processo infeccioso para espaços teciduais adjacentes, linfadenite, febre, taquicardia, disfagia e mal-estar generalizado o paciente deverá ser encaminhado para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

16.9. Celulite:

Em contraste aos abscessos, as celulites fasciais são infecções graves de características agudas, com rápida progressão (2 a 4 dias), localização difusa, ausência de secreção purulenta em alguns casos, consistência endurecida, área hiperêmica e causada por bactérias mistas, apresentando maior risco à saúde do indivíduo. Com essas informações, torna-se imperativo o diagnóstico rápido e preciso da condição do paciente, sendo instituída imediatamente a drenagem cirúrgica exploratória da região acometida, a instalação do dreno, remoção do foco infeccioso e antibioticoterapia. Em algumas ocasiões, os espaços fasciais profundos podem ser acometidos a partir de infecções consideradas mais brandas e que envolvem inicialmente os espaços primários, pondo em risco a vida do paciente.

Os espaços fasciais primários podem ser divididos de acordo com a sua localização, sendo classificados na maxila como bucal, palatino, canino e infratemporal. Infecções odontogênicas complexas podem ocorrer nesses espaços (**Infecção em Espaços Faciais, Seio Maxilar, Trombose do Seio Cavernoso, Celulite Periorbital**). Na mandíbula, estão presentes os espaços bucais, submentoniano, sublingual e submandibular (**Angina de Ludwig**). Os espaços secundários incluem o mastigatório (temporal superficial e profundo, pterigomandibular e massetérico) e os espaços cervicais (retrofaríngeo, laterofaríngeo e pré-vertebral). Além dos espaços faciais envolvidos, o paciente tem como sinais e sintomas mais comuns: trismo, disfagia, odinofagia, dispneia, febre ($> 37,8^{\circ} \text{C}$) e aparência tóxica. Tal disseminação pode ocorrer pela agressividade dos agentes patogênicos e também pela demora no diagnóstico e tratamento do estágio inicial da infecção. Pacientes, que apresentarem alterações nos mecanismos de defesa, devem ser monitorados rigorosamente, pois neles a infecção tem carácter mais agressivo e disseminação facilitada devido à baixa resistência do hospedeiro.

O paciente com celulite deve ser tratado em ambiente hospitalar por um cirurgião buco-maxilo-facial, e por um médico cirurgião de cabeça e pescoço caso haja comprometimento de espaços cervicais ou faríngeos concomitantemente.

O paciente deverá ser encaminhado para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

16.10. Urgência em Disfunção Temporomandibular (DTM)

Caracteriza-se por quadro agudo com dor e/ou limitação de movimentos relacionados aos músculos da mastigação, da área pré-auricular e estruturas associadas ou de ambas. Deve-se realizar a avaliação inicial do paciente para diagnóstico diferencial de DTM ou outras dores orofaciais. O tratamento objetiva o alívio da dor por meio de orientações, prescrições e alguns procedimentos básicos.

a) Mialgias (DTM muscular)

As DTM musculares podem ter como causa, entre outras, os hábitos parafuncionais (onicofagia, morder tampa de caneta, mascar chicletes, etc.), bruxismo do sono e da vigília, má postura cervical, sono inadequado e quadros ansiosos, depressivos e/ou fibromiálgico

Condutas

- Compressa quente ou morna, durante 20 minutos, várias vezes ao dia;
- Repouso mandibular, com uso de alimentação pastosa e limitação de movimentos mandibulares;
- Automassagem nos músculos masseteres e temporais e alongamento cervical;
- Exercícios com uso da técnica do N, orientando o paciente a falar repetidamente a letra “N”, e de bochechos com água morna;
- Uso de medicações analgésicas, anti-inflamatórias e relaxante musculares de acordo com o nível de dor relatado pelo paciente.
- Intervenção local quando há agente causal definido como, por exemplo, através da realização de ajuste oclusal;
- Reavaliação semanal durante três semanas, sempre reforçando as medidas adotadas para tratamento.

b) Artralgias agudas

Podem ocorrer três tipos diferentes de problemas agudos intra-articulares, concomitantes ou não com as mialgias.

- **Capsulite / Retrodiscite / Sinovite**

Inflamação articular, com dor e/ou edema visível na região pré-auricular. Se não houver desarmonias entre a cabeça da mandíbula e disco articular, seguir a conduta para mialgias;

- **Limitação de abertura e travamento fechado da boca**

Verificar se a limitação de abertura de boca é causada por razões articulares ou musculares. Forçar levemente a abertura, apoiando o indicador nos incisivos inferiores e o polegar nos incisivos superiores.

- ✓ Se houver maleabilidade no movimento e aumento progressivo da abertura, provavelmente trata-se de redução de abertura por dor muscular: seguir a conduta para mialgia;
- ✓ Se houver rigidez e resistência à manobra de abertura forçada, provavelmente trata-se de distúrbio articular como, por exemplo, aquele onde o disco desloca para anterior e impossibilita mecanicamente a abertura total da boca: seguir a conduta para mialgia e tentar reposicionar o disco articular, se o deslocamento discal sem redução for recente.
 - Orientar para protrusão da mandíbula do paciente além do “click” em abertura, fazer movimentos de abertura e fechamento repetidamente mantendo a protrusão. Repetir por três minutos, três vezes ao dia. Se houver sucesso na redução, pedir retorno em 24h e acompanhar o caso, mantendo as recomendações básicas. Se não conseguir a redução e o quadro doloroso não abrandar com as recomendações básicas após o retorno de 3 semanas, encaminhar para a especialidade de Cirurgia.

c) Luxação de ATM

A luxação da articulação temporomandibular (ATM) ocorre quando o côndilo se desloca para fora da fossa mandibular e não é capaz de retornar, ficando a boca aberta. Como sinais e sintomas característicos temos: dificuldade de fechar a boca, depressão pré-auricular, sialorreia, tensão dos músculos da mastigação, protrusão mandibular, dificuldade de falar e dor severa na região articular. A luxação pode

ocorrer isoladamente ou em episódios repetitivos, sendo por isso chamada luxação espontânea ou recorrente.

Conduta:

- Realizar avaliação do paciente através de anamnese e exame clínico;
- Realizar a redução manual da articulação:
 - ✓ Proteger os dedos com uma compressa cirúrgica devido ao forte impacto no momento da oclusão;
 - ✓ Apoiar na região de trígono retro molar;
 - ✓ Realizar movimento para baixo, para trás e para cima;
 - ✓ A posição de trabalho deve ser: CD à frente, paciente sentado, corpo ereto com a cabeça apoiada (reta), segurada por um terceiro;
 - ✓ Se o paciente usar prótese total, remove-la para a realização da manobra;
- Caso não obtenha sucesso em nenhuma técnica de redução encaminhar o paciente para a redução cirúrgica para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Obs.: Em alguns casos pode ser necessário a prescrição de relaxante muscular.

16.11. Trismo após atendimento odontológico

O trismo é a limitação de abertura bucal devido a um espasmo muscular que pode ocorrer em função de um processo inflamatório decorrente do trauma cirúrgico pós-operatório, injeção de anestésico local, infecções e hemorragias, dentre outras causas.

O trauma cirúrgico pós operatório está associado diretamente ao tempo cirúrgico, ao grau de complexidade e dificuldade da técnica empregada na cirurgia e à habilidade do profissional. No caso das injeções de anestésicos locais o trismo está diretamente associado ao trauma em músculos ou vasos sanguíneos, múltiplas inserções da agulha e deposição de volumes excessivos de anestésico local em uma área restrita que acaba provocando a distensão dos tecidos. Da mesma forma a hemorragia também pode produzir irritação tecidual levando à disfunção muscular devido ao extravasamento de sangue em grandes quantidades para os tecidos adjacentes.

O tratamento de escolha deve ser de acordo com o fator que ocasionou a dificuldade de abertura bucal.

Conduta

-
- Bochecho com solução salina várias vezes ao dia. (Não realizar bochechos nas primeiras 48 horas após o procedimento cirúrgico);
 - Repouso mandibular, com uso de alimentação pastosa e limitação de movimentos mandibulares;
 - Uso de medicações analgésicas, anti-inflamatórias e relaxante muscular de acordo com a natureza do caso e o nível de dor relatado pelo paciente;
 - Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, se necessário com o uso de palitos de madeira entre os dentes e a fazer excursões laterais da mandíbula, durante 5 minutos a cada 3 ou 4 horas. O uso da goma de mascar sem açúcar pode ser uma opção para ajudar o paciente a movimentar lateralmente a articulação temporomandibular.
 - Reavaliação periódica.

Obs.: Para o trismo causado por infecções originárias de pericoronarites, abscessos e celulites ver 16.5, 16.8 e 16.9.

16.12. Traumatismo dentoalveolar

“O traumatismo dentoalveolar por definição (SOUZA et al., 2013; MELO et al., 2003; UFL, 2008) é a somatória de lesões simultâneas nos dentes, polpa, tecidos periodontais, osso alveolar, mucosa bucal, ou seja, todas as estruturas dentoalveolares (DEANGELIS et al., 2014). Todavia, alguns autores são mais abrangentes afirmando que o impacto traumático à estrutura dentoalveolar, além do dano dental pode compreender fraturas dos ossos da face e, mais seriamente, em danos cerebrais e em regiões de pescoço (ROOD; CHESHAM, 1997). Por isso, é muito importante a anamnese, e um diagnóstico clínico minucioso, associado a técnicas radiográficas complementares para poder classificar quais estruturas foram acometidas e em qual gravidade, isso orientará o futuro tratamento (SOUZA et al., 2013; MELO et al., 2003; DEANGELIS et al., 2014; XAVIER et al., 2011). O prognóstico dependerá da somatória e a severidade das estruturas lesadas, do tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento inicial, e do seu estágio de desenvolvimento (UFL, 2008)”. (NOGUEIRA, O.A.V. et. al., 2016).

O Cirurgião dentista ao acolher o paciente traumatizado, deve ser capaz de reconhecer a emergência, e ser responsável por encaminhar para atendimento na UPA, casos que envolvam comprometimento neurológico, fraturas dos ossos da face, grandes lacerações de tecidos moles, sangramento persistente, necessidade de cuidados intensivos de suporte de vida bem com comunicar o departamento de Saúde Bucal.

Na presença de um traumatismo deve-se realizar os primeiros cuidados:

- Avaliar os tecidos moles;
- Realizar a limpeza da região com soro fisiológico;
- Verificar a presença de fraturas ósseas e/ou mobilidades dentárias;
- Realizar alívio oclusal se necessário;
- Remover fragmento se necessário;
- Realizar selamento se necessário;
- Realizar curativo endodôntico se necessário;
- Realizar prescrição medicamentosa se necessário;
- Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o pronto atendimento odontológico (período noturno) se necessário;
- Encaminhar para avaliação radiográfica se necessário.

O CD deve registrar, de forma detalhada, as informações sobre o atendimento emergencial prestado a fim de resguardar direitos do paciente e seu exercício profissional. As lesões devem ser descritas quanto à localização, aspecto, extensão, relacionando os dentes envolvidos em suas faces e regiões atingidas.

Ao constatar que traumatismo dentário é decorrente de acidente de trabalho, deverá, após o atendimento, orientar o paciente a verificar se a empresa realizou a devida comunicação do acidente à Previdência Social.

16.12.1. Lesões aos tecidos duros do dente e da polpa

a) Fraturas coronárias

- **Fratura incompleta de esmalte (trinca):**

Controlar a sensibilidade pulpar (se houver) até oitava semana após a ocorrência do trauma dentário.

- **Fraturas de esmalte e dentina**

- ✓ **Fraturas de esmalte e dentina sem exposição:**

Considerar extensão da fratura, verificar se há exposição e/ou sensibilidade pulpar após a realização de testes. O dente pode ficar sensível mediante estímulo térmico e/ou mastigação.

Conduta:

- I. Se for apenas fratura de esmalte:
 - Regularizar bordas cortantes com pontas para polimento;
 - Restaurar usando agente adesivo e resina, se necessário;

-
- Fazer controle radiográfico e da sensibilidade até oitava semana após a ocorrência do trauma dentário.

II. Se for fratura de esmalte e dentina:

- Proteger a dentina exposta;
- Aplicar ionômero de vidro provisoriamente;
- Restaurar posteriormente.

III. Se existir um fragmento intacto:

- Limpar o fragmento e hidratar em soro fisiológico por 10 minutos;
- Reposicionar e “colar” com um sistema adesivo e resina;
- Se houver proximidade com a polpa, usar uma base de hidróxido de cálcio e ionômero de vidro (proteção pulpar dupla);
- Fazer preservação do caso.

✓ **Fraturas de esmalte e dentina com exposição pulpar:**

Considerar a extensão da fratura e constatar a exposição pulpar, o tempo que ocorreu o trauma e realizar teste de sensibilidade pulpar.

Conduta

I. Micro-exposição pulpar

- Anestésiar;
- Lavar a cavidade com soro fisiológico;
- Realizar capeamento pulpar direto com hidróxido de cálcio P.A. e cimento de hidróxido de cálcio;
- Aplicar ionômero de vidro provisoriamente;
- Restaurar posteriormente.

II. Média e grande exposição pulpar

- Realizar pulpotomia;

Técnica:

- Organizar da mesa clínica;
- Radiografar, se possível;
- Anestésiar;
- Realizar a abertura coronária;

-
- Remover a polpa coronária com cureta grande e afiada;
 - Irrigar com soro fisiológico abundante e aspirar;
 - Secar com bolinha de algodão;
 - Colocar curativo de demora:
 - Rizogênese incompleta: curativo com hidróxido de cálcio PA + cimento de hidróxido de cálcio
 - Rizogênese completa: curativo eugenol ou Tricresol formalina.
 - Selar provisoriamente;
 - Encaminhar para a realização do tratamento endodôntico.

b) Fraturas corono-radiculares

O fragmento coronário pode estar aderido ao periodonto e com mobilidade. Considerar a extensão da fratura (geralmente ocorre 2 a 3 mm abaixo do nível gengival e o fragmento apical não está deslocado). Verificar se houve exposição pulpar, o tempo que ocorreu o trauma e realizar teste de sensibilidade pulpar.

Conduta

Tratamento imediato - no momento da urgência

- Se existir um fragmento aderido ao periodonto sem exposição pulpar:
 - ✓ Anestesiar com a técnica infiltrativa a região afetada;
 - ✓ Remover o fragmento;
 - ✓ Lavar a área com soro fisiológico;
 - ✓ Colocar um selamento provisório;
 - ✓ Restaurar, em uma segunda sessão, se as condições forem favoráveis, se não, orientar o paciente da necessidade de tratamento protético.
- Se existir um fragmento aderido ao periodonto com exposição pulpar:
 - ✓ Anestesiar com a técnica infiltrativa a região afetada;
 - ✓ Remover o fragmento;
 - ✓ Curetar a polpa coronária;
 - ✓ Lavar a área com soro fisiológico;
 - ✓ Colocar curativo de demora:

-
- Rizogênese incompleta: curativo com hidróxido de cálcio PA + cimento de hidróxido de cálcio
 - Rizogênese completa: curativo eugenol ou Tricresol formalina.
 - ✓ Colocar um selamento provisório;
 - ✓ Encaminhar para tratamento endodôntico.

Obs.:

Em caso de fraturas extensas de coroa e raiz deve-se esclarecer o paciente da necessidade de tratamento endodôntico e protético.

c) Fratura radicular

• **Fraturas radiculares terço cervical:**

Geralmente a coroa do dente está com muita mobilidade e o fragmento deslocado.

Conduta

- ✓ Se existir um fragmento aderido ao periodonto com possibilidade de reposição:
 - Realizar os primeiros cuidados;
 - Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.
- ✓ Se o fragmento não possibilitar reposição:
 - Remover o fragmento;
 - Como há exposição pulpar, seguir os mesmos passos de “Fratura de Esmalte e dentina com exposição pulpar”;
 - Encaminhar para periodontia para aumento de coroa clínica e para endodontia para tratamento endodôntico caso o paciente tenha condições de realizar o tratamento protético;
 - Não havendo possibilidade de realizar o tratamento protético, realizar exodontia ou encaminhar para cirurgia.

Conduta de acompanhamento do trauma

- ✓ Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses
- ✓ Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos

-
- ✓ Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e pedir radiografias

- **Fraturas radiculares terço médio:**

Geralmente o dente está com alguma mobilidade e pode ocorrer desalinhamento da borda incisal do dente fraturado em relação aos adjacentes. Verificar se ocorreu fratura alveolar e encaminhar para avaliação buco-maxilo-facial.

Conduta

- ✓ Se existir um fragmento aderido ao periodonto com possibilidade de reposição:
 - Realizar os primeiros cuidados;
 - Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.
- ✓ Se o fragmento não possibilitar reposição ou não existir um fragmento realizar exodontia ou encaminhar para cirurgia.

Conduta de acompanhamento do trauma

- ✓ Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses;
- ✓ Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos;
- ✓ Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e pedir radiografias;
- ✓ Constatada ausência de vitalidade pulpar, encaminhar para o tratamento endodôntico.

- **Fraturas radiculares terço apical**

Geralmente o dente está com pouca ou sem mobilidade.

Conduta

- ✓ Realizar os primeiros cuidados;
- ✓ Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período

noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Conduta de acompanhamento do trauma

- ✓ Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses;
- ✓ Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos;
- ✓ Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e pedir radiografias;
- ✓ Constatada ausência de vitalidade pulpar, encaminhar para o tratamento endodôntico.
- ✓ Os dentes com rizogênese incompleta que apresentarem fraturas radiculares incompletas não necessitarão de contenção, entretanto, poderão ser incluídos na contenção em casos de traumatismos múltiplos.
- ✓ Indica-se acompanhamento radiográfico periódico.
- ✓ Para os casos anteriormente descritos pode-se optar pela prescrição de medicação analgésica quando da presença de sintomatologia dolorosa;

16.12.2. Traumatismo aos tecidos periodontais

a) Concussão

É causada pelo traumatismo aos tecidos periodontais observa-se que:

- Não ocorre aumento de mobilidade ou deslocamento anormal;
- Reação marcante à palpação horizontal ou vertical;
- Som à percussão normal;
- O teste de vitalidade pode apresentar resposta positiva ou negativa.

Conduta:

- Realizar os primeiros cuidados;
- Repouso oclusal;
- Desgaste oclusal do antagonista, se necessário;
- Acompanhamento clínico e radiográfico periódico.

Obs.: Se o teste de vitalidade der resposta negativa encaminhar para o tratamento endodôntico.

b) Subluxação

É causada pelo traumatismo aos tecidos periodontais observa-se:

- Aumento de mobilidade em direção horizontal, mas sem deslocamento (clínico ou radiográfico);
- Sensibilidade à percussão;
- Hemorragia no sulco gengival;
- Som “surdo” à percussão.

Conduta:

- Realizar os primeiros cuidados;
- Repouso oclusal (dieta pastosa até 14 dias);
- Desgaste do antagonista, se necessário;
- Acompanhamento clínico radiográfico;
- Contenção somente nos casos em que ocorre muita mobilidade ou traumatismos envolvendo dentes vizinhos, neste caso encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Condutas de acompanhamento do trauma

- Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses;
- Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses
- Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos;
- Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar se ocorrer mortificação pulpar encaminhar para tratamento endodôntico.

c) Luxação Lateral

É o deslocamento do dente em todos os sentidos geralmente em direção palatina, acompanhado por fragmentação ou fratura do alvéolo.

- Não há sensibilidade à percussão (som metálico);
- Pequena mobilidade (travamento no alvéolo);
- A imagem radiográfica pode ou não exibir:
 - Tomada periapical: aumento do ligamento periodontal;
 - Tomada oclusal: aumento do espaço apical, o qual ocorre quando o ápice é deslocado vestibularmente.

Conduta:

- Realizar os primeiros cuidados;

-
- Avaliar o a extensão da luxação;
 - Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Condutas de acompanhamento do trauma

- Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses;
- Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses
- Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos;
- Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar se ocorrer mortificação pulpar encaminhar para tratamento endodôntico.

d) Intrusão

É o deslocamento do dente para o interior do osso alveolar.

- Fratura da cavidade alveolar;
- O teste de percussão apresenta resposta negativa associada ao som metálico agudo;
- Ausência de mobilidade (completamente firme);
- Eventualmente ocorre sangramento nasal;
- A imagem radiográfica exibe espaço do ligamento periodontal diminuído ou ausente.

Conduta:

- Realizar os primeiros cuidados;
- Quando a intrusão for discreta aguardar re-erupção e prescrever analgésicos;
- Na intrusão severa encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Condutas de acompanhamento do trauma

- Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses;
- Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses
- Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos.

e) **Extrusão**

É o deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo - dentes alongados, podendo ter desvio para lingual

- Sangramento do ligamento periodontal;
- Som “surdo” à percussão;
- A imagem radiográfica exibe aumento da largura do espaço periodontal;
- O Teste de vitalidade apresenta, inicialmente, resposta negativa.

Conduta:

- Realizar os primeiros cuidados;
- Avaliar o a extensão da extrusão;
- Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Condutas de acompanhamento do trauma

- Avaliar a cada 15 dias nos 2 primeiros meses;
- Avaliar a cada 30 dias após os 2 primeiros meses até 6 meses
- Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos;
- Reavaliar periodicamente a manutenção da vitalidade pulpar se ocorrer mortificação pulpar encaminhar para tratamento endodôntico.

f) **Avulsão**

É a saída total do dente do seu alvéolo. O prognóstico desse tratamento dependerá do estágio de desenvolvimento radicular, tempo de armazenamento do dente seco ou molhado, meio de armazenamento, correta manipulação e contenção. O dente pode ser armazenado nos seguintes líquidos por ordem de preferência: leite pasteurizado, solução salina fisiológica ou água.

Conduta:

- Nos casos em que dente é reimplantado no local, e somente depois o paciente procura o cirurgião-dentista:
 - ✓ Realizar os primeiros cuidados;
 - ✓ Avaliar o a extensão da luxação;

-
- ✓ Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.
 - Nos casos em que dente não foi reimplantado
 - ✓ Encaminhar para o CEO (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (período noturno) após entrar em contato previamente com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Condutas de acompanhamento do trauma

- Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses
- Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos
- Considere a possibilidade de revascularização
- Evite o tratamento endodôntico a não ser que apresente sinais objetivos evidentes de fracasso como: dor, fístula, dente em infra-oclusão, alteração cromática, som metálico à percussão, sinais de reabsorção externa ou lesão periapical ao exame radiográfico
- O teste de sensibilidade pode demorar até 6 meses para responder positivamente
- Se for necessário encaminhar para o tratamento endodôntico

Orientações comuns para todos os casos de avulsão dental:

- O tempo extra oral é considerado crítico para o resultado do reimplante e, portanto, o reimplante imediato é recomendado, devido à grande importância da vitalidade do ligamento periodontal para o sucesso do tratamento;
- Diante da impossibilidade do reimplante imediato, que o dente seja armazenado em meio úmido, e nunca em meio seco;
- Antibioticoterapia;
- Profilaxia antitetânica;
- Repouso oclusal;
- Acompanhamento clínico e radiográfico por, no mínimo, 10 anos.
- Em caso de insucesso realizar a exodontia do elemento.

16.13. Traumatismo do osso de sustentação

É um traumatismo complexo, com danos à polpa dental, ao ligamento periodontal e à gengiva. Pode apresentar-se das seguintes maneiras:

a. Fragmentação da cavidade alveolar mandibular ou maxilar:

Ocorre o esmagamento do alvéolo (luxação lateral ou intrusiva).

Conduta

O tratamento é o mesmo das luxações laterais e intrusivas.

b. Fratura da parede da cavidade alveolar

Caracteriza-se por ser restrita à parede vestibular ou lingual e de difícil diagnóstico radiográfico geralmente associada a deslocamento de dentes.

c. Fratura do processo alveolar

Ocorre de acordo com o que segue abaixo:

- Pode ou não envolver o alvéolo (linha de fratura pode estar além dos ápices);
- Acomete, com frequência, a região anterior;
- Deslocamento e mobilidade do bloco fraturado (evidência decisiva para o diagnóstico);
- Som surdo à percussão nos dentes envolvidos (evidência decisiva para o diagnóstico);
- Linha de fratura visível radiograficamente (desde o osso marginal até os ápices radiculares);

d. Fratura da mandíbula ou da maxila

Envolve a base desses ossos e, muitas vezes, o processo alveolar. O tratamento de ser realizado em ambiente hospitalar.

Condutas para os traumatismos do osso de sustentação letra b, c e d

Após limpeza, avaliação dos tecidos moles e suspeita de presença de fratura óssea, o paciente deve ser encaminhado para a especialidade de cirurgia buco-maxilo-facial (período diurno) ou para o Plantão Odontológico na UPA (período noturno). Entrar em contato prévio com o profissional e/ou Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

Condutas de acompanhamento do trauma

- Avaliar a cada 30 dias nos 6 primeiros meses
- Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos
- Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e tomar radiografias dos dentes envolvidos

-
- Constatada ausência de vitalidade pulpar, encaminhar para o tratamento endodôntico

16.14. Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN), também conhecida por doença de Vincent, boca de trincheira, gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) e gengivite fusoespiroquetal, pode ser definida como uma infecção gengival aguda e de etiologia complexa. Os pacientes mais afetados são adolescentes ou adultos jovens, podem ser fumantes e pacientes debilitados que estão sob estresse. Outros fatores de risco são má higiene oral, deficiências nutricionais, imunodeficiência (p. ex. Human Immunodeficiency Virus (HIV)/AIDS, uso de drogas imunossupressoras) e privação de sono.

Características:

- Sintomatologia dolorosa;
- Mal-estar;
- Necrose da gengiva interdental;
- Ulcerações e necrose das papilas (imagens gengivais com aspecto de crateras);
- Ulcerações cobertas por camada branca amarelada ou cinza (pseudomembrana);
- Início e desenvolvimento rápido;
- Hemorragia gengival espontânea;
- Aumento de volume dos nódulos linfáticos (linfadenopatia);
- Relacionada com má higiene oral;
- Relacionada a distúrbios ansiosos (stress e depressão);
- Odor fétido;
- Aumento da salivação;
- Frequentemente coincide com a perda da crista óssea alveolar;
- Crateras inter proximais, raramente associadas com formação de bolsas profundas;
- Necrose central produz uma cratera envolvendo o ligamento periodontal e osso alveolar, ocorrendo perda de inserção (periodontite ulcerativa necrosante - PUN)

Conduta:

- ✓ Fazer bochecho com Clorexedina a 0,12 % por 1 minuto;
- ✓ Anestésiar onde for necessário;
- ✓ Realizar raspagem supragengival;

-
- ✓ Remover delicadamente a pseudomembrana com chumaço de algodão embebido em solução de Clorexedina a 0,12 %;
 - ✓ Prescrever bochecho com Clorexedina a 0,12 %, duas vezes ao dia durante 3 semanas;
 - ✓ Prescrever antibióticos sistêmicos (Metronidazol) quando a resposta à terapia mecânica for mínima;
 - ✓ Encaminhar para a especialidade de periodontia.

16.15. Gengivo Estomatite Herpética Aguda

O Vírus do Herpes Simples, mais conhecido como (HSV) é um patógeno humano comum, proveniente de um Ácido Desoxirribonucleico (DNA) vírus da família do Herpes Vírus Humano (HHV). A maior parte das infecções bucais, peribucais, faciais e oculares é resultante de uma possível contaminação pelo HSV-1. Nesta infecção existem dois tipos de manifestações habituais: em um primeiro contato ocorre a gengivostomatite herpética e a outra manifestação é a infecção cutânea herpética.

A gengivostomatite herpética aguda primária é geralmente benigna e autoimune. Observada mais frequentemente em crianças com idade entre um a cinco anos e também tem sido observada em adolescentes e adultos jovens.

É de suma importância o conhecimento da doença por parte do cirurgião-dentista, em decorrência do alto potencial de contaminação, morbidade e em pacientes imunocomprometidos ou imunologicamente imaturos.

Características:

- Inflamação da gengiva e lábios;
- Formação de inúmeras vesículas, que se rompem após 24 horas e formam pequenas úlceras dolorosas com margens vermelhas e elevadas;
- Ardor sobre a zona inflamada;
- Adenite cervical;
- Febre e mal-estar geral;
- Duração de sete a dez dias;
- Não deixa cicatrizes.

Conduta

- ✓ Realizar a higienização da cavidade bucal com gaze embebida em soro fisiológico;

-
- ✓ Para alívio sintomático utilizar Hexomedine spray, ou solução VASA (Violeta de genciana a 2% + Anestésico lidocaína + Sacarina + Água destilada) para bebês antes das principais refeições;
 - ✓ Prescrever Aciclovir 50mg creme.

17 - Terapêutica Medicamentosa

O uso de medicamento se faz necessário na prática do profissional de saúde bucal da rede municipal prescrever preferencialmente os medicamentos disponíveis no sistema público.

A indicação de fármacos é realizada através da prescrição escrita do medicamento na receita, que deve conter orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado. A receita comum é utilizada na prescrição da maioria dos fármacos de uso odontológico, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, e a magistral, indicada para selecionar substâncias ou medicamentos, quantidades e formas de apresentação, sendo preparada pelo farmacêutico em farmácias de manipulação, atendendo às necessidades terapêuticas dos pacientes, como as soluções de digluconato de clorexidina e VASA assim como medicamentos homeopáticos.

O Ministério da Saúde orienta que a receita deve ser prescrita com a denominação genérica do medicamento, de forma legível, sem rasuras e com a identificação completa do medicamento, do paciente e do profissional e com as devidas orientações de uso.

É importante o conhecimento da farmacologia, do aspecto legal, econômico e cultural em torno da prescrição, com intuito de promover uma terapêutica segura e adequada.

A adoção de sistemas de prescrição eletrônica contribui com a redução das falhas relativas à prescrição, melhorando a compreensão, qualidade e eficiência do tratamento farmacológico, diminuindo erros na administração e riscos para o paciente.

As tabelas a seguir visam orientar o uso dessas medicações.

| Classe | Medicação | Apresentação | Posologia |
|---------------------------|---------------------------|--|---|
| Analgésico | Dipirona | Gotas 500mg/ml | Criança maior de 3 meses (acima de 5Kg) até 12 anos: ½ (meia) gota por kg de peso, até o limite de 20 gotas por dose, diluídas em água de 6/6 horas. |
| | | | 13 a 14 anos: 15 a 35 gotas diluídas em água de 6/6 horas |
| | | | Acima de 15 anos e Adultos: 20 a 40 gotas diluídas em água de 6/6 horas. |
| | Paracetamol | Gotas 200mg/ml | Adultos 1 comprimido de 6/6 horas |
| | | | Criança maior de 2 anos (acima de 11 kg) a 12 anos: 1 gota por kg de peso, até o limite de 35 gotas por dose, diluídas em água de 6/6 horas. |
| | | | Crianças acima de 12 anos e adultos: 35 a 55 gotas de 3 a 5 vezes ao dia. |
| | | Comprimido 500mg | Acima de 15 anos e Adultos: 1 comprimido de 6/6 horas |
| Classe | Medicação | Apresentação | Posologia |
| Anti-inflamatórios | Nimesulida | Comprimido 100 mg | Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 Comprimido de 12/12 horas |
| | | Gotas 50 mg/ml | Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 gota por kg de peso de 12/12 horas até o limite de 80 gotas por dia |
| | Ibuprofeno | Gotas 50mg/ml | Criança maior de 6 meses (a partir de 5 Kg) até 30 kg de peso: 1 a 2 gotas, no máximo, por kg de peso por 3 a 4 vezes ao dia. Não exceder 40 gotas |
| | | | Crianças acima de 30 kg de peso: 30 a 40 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia |
| | | | Criança acima de 30 kg de peso: 15 a 20 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia |
| | | Gotas 100mg/ml | Adulto: 20 a 80 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia |
| | | Comprimido 200mg | Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 a 2 comprimidos, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia com intervalo mínimo de 4h e não exceder 6 comprimidos ao dia. |
| | Comprimido 400mg | Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 de comprimido de 6/6h ou 8/8h. | |
| | Comprimido 600mg | Adultos: 1 comprimido de 6/6h ou 8/8h. | |
| | Diclofenaco Sódico | Comprimido 50 mg | Crianças acima de 14 anos e adultos: Tomar 1 comprimido de 8/8 horas. |
| Ampola 75 mg | | Adultos: 1 Ampola 12/12h por no máximo 2 dias. | |

| Medicação | | Apresentação | Posologia | | | |
|---|--|--|---|---|---|--|
| Antibióticos e Antimicrobianos - Adultos | Amoxicilina | Cápsula 500mg | Dose inicial – 1 g (2 cápsulas de 500 mg). Dose de manutenção – 500 mg de 8/8 horas por 7 dias. | | | |
| | Amoxicilina + Clavulanato de Potássio | Comprimido 500/125mg. | Comprimido de 8/8 hs por 7 a 14 dias | | | |
| | Cefalexina | Comprimido 500mg | 1 comprimido 6/6 horas por 7 dias. | | | |
| | Metronidazol (Associar à amoxicilina) | Comprimido 250 mg | 1 comprimido 8/8horas por 7 dias. (Obs: o uso deve ser associado ao antibiótico amoxicilina) | | | |
| | Para pacientes alérgicos | | | | | |
| | Azitromicina / Claritromicina | Comprimido 500mg | 1 comprimido a cada 24 horas por 3 a 5 dias | | | |
| | Clindamicina | Comprimido 300mg | Tomar 1 cápsula de 6/6 horas por 7 dias. | | | |
| | Profilaxia Antibiótica Endocardite Bacteriana | Regime padrão | Alérgicos a penicilina | | Pacientes incapazes de fazer uso da via oral | |
| | | Amoxicilina/Cefalexina | Clindamicina | Azitromicina / Claritromicina | Ampicilina | Para Alérgicos à Ampicilina: Clindamicina |
| | | 2g via oral 1 hora antes do procedimento | 600mg via oral 1 hora antes do procedimento | 500mg via oral 1 hora antes do procedimento | 2g via IM ou IV 30 minutos antes do procedimento | 1g via IM ou IV 30 minutos antes do procedimento |

ANTIBIÓTICOS – PEDIATRIA

| PESO | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | | | |
|--|---|-----|---|-----|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|----|---|-----|----|-----|-----|---|-----|-----|----|-----|--|----|------|------|----|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| Amoxicilina 250mg/5ml 8/8 hs | 2ml | | | 3ml | | | 4ml | | | 5ml | | | 6ml | | | 7ml | | | 8ml | | | 9ml | | | 10ml | | | | | | | | | | | | | | |
| PESO | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | | | |
| Eritromicina / Cefalexina 250mg/5ml 6/6hs | 1ml | 2ml | | | 3ml | | | 4ml | | | 5ml | | | 6ml | | | 7ml | | | 8ml | | | 9ml | | | 10ml | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Peso | | Regime de 3 dias | | | | | | | | | | Regime de 5 dias | | | | | | | | | | | | | | | Frasco | | | | | | | | | | | |
| Azitromicina suspensão oral | < 15 kg: | | 10mg/kg em dose única diária durante 3 dias | | | | | | | | | | 10 mg/Kg no primeiro dia seguido por 5mg/kg durante 4 dias administrados em dose única diária | | | | | | | | | | | | | | | 600 mg | | | | | | | | | | | |
| | 15 – 25 Kg: | | 200 mg (5 ml) em dose única diária durante 3 dias | | | | | | | | | | 200 mg (5 ml) no primeiro dia seguido por 100 mg (2,5 ml) durante 4 dias, administrados em dose única diária | | | | | | | | | | | | | | | 600 mg | | | | | | | | | | | |
| | 26 – 35 Kg: | | 300 mg (7,5 ml) em dose única diária durante 3 dias | | | | | | | | | | 300 mg (7,5 ml) no primeiro dia seguido por 150 mg (3,75 ml) durante 4 dias, administrados em dose única diária | | | | | | | | | | | | | | | 900 mg | | | | | | | | | | | |
| | 36 – 45 Kg: | | 400 mg (10 ml) em dose única durante 3 dias | | | | | | | | | | 400 mg (10 ml) no primeiro dia seguido por 200 mg (5 ml) durante 4 dias, administrados em dose única diária | | | | | | | | | | | | | | | 2 frascos 600 mg | | | | | | | | | | | |
| | Acima de 45 kg: dose igual à de adultos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profilaxia Antibiótica Endocardite Bacteriana | Regime padrão | | Alérgicos a penicilina | | | | | | | | | | Pacientes incapazes de fazer uso da via oral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Amoxicilina | | Clindamicina | | | | | | | | | | Azitromicina / Claritromicina | | | | | Ampicilina | | | | | Para Alérgicos à Ampicilina: Clindamicina | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 50mg/kg de peso corporal Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento | | 20mg/kg de peso corporal Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento | | | | | | | | | | 15mg/kg de peso corporal Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento | | | | | 50mg/kg de peso corporal, via IM ou IV Dose única, 30 minutos antes do procedimento | | | | | 20mg/kg de peso corporal via IV Dose única, 30 minutos antes do procedimento | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Classe | Medicação | Apresentação | Posologia |
|---------------------|---|--|---|
| Antiviral | Aciclovir | Creme 50mg | Uso adulto e pediátrico: Aplicar no local das lesões 5 vezes ao dia, de 4/4 horas, omitindo a dose noturna, por 4 a 10 dias. |
| | | Comprimido 200mg | Adultos: Tomar 1 comprimido 5 vezes ao dia com intervalos de 4/4 horas, omitindo a dose noturna, por 5 dias. |
| Antifúngicos | Nistatina | Solução 100.000 UI/ml | Prematuros e Crianças de baixo peso: aplicar 1 ml colocando a metade da dose utilizada em cada lado da boca,), 4 vezes ao dia, por 7-14 dias Lactentes: aplicar 1 a 2 ml colocando a metade da dose utilizada em cada lado da boca, 4 vezes ao dia, por 7-14 dias Adultos e crianças com 2 anos ou mais: Fazer bochechar com 1-6 ml (500.000-1.000.000 UI), 4 vezes ao dia, por 7-14 dias, retendo a solução na boca por 1-2 min antes de iniciar o bochecho. Após o bochecho, pode-se deglutir a solução |
| | Miconazol | Gel oral | Adultos: Aplique ½ colher de chá (2,5 ml) de gel, 4 vezes ao dia após as refeições, por 7-14 dias. Não deglutir imediatamente, manter na boca o maior tempo possível. |
| Tópicos | Acetonido de triamcinolona | Pomada | Adultos: Aplicar pequena quantidade sobre as lesões, sem esfregar, até formar uma película fina. 2-3 vezes ao dia, após as refeições e higienizações, durante 7 dias. |
| | VASA | Solução (Violeta de genciana 2% + lidocaína + Sacarina + Água destilada) | Bebês e crianças: Aplicar a solução sobre as lesões, com hastes flexíveis, antes das principais refeições; |
| | Hexamidina + tetracaína | Spray | Crianças maiores de 3 anos e adultos: aplicar três nebulizações a cada 4 h, com cuidado para não aplicar na região da garganta |
| | Digluconato de clorexidina 0,12% | Solução | Fazer bochecho com 15ml da solução 2 vezes ao dia durante 10 a 14 dias, sendo o último à noite antes de dormir. |
| | Saliva artificial | Spray, gel, líquido para bochecho e pastilhas | Lubrificar a mucosa seis a oito vezes ao dia de acordo com a necessidade, principalmente em momentos de conversação, antes da alimentação e antes de dormir. O produto deve ser aplicado em toda mucosa bucal, incluindo o palato duro. |

| | | | | |
|---------------------------|---------------------|---|---------------------------|--|
| GESTANTES | Anestésicos | Lidocaína a 2%, com epinefrina 1:100.000 – limite de 3,6 ml (2 tubetes) por sessão de atendimento | | |
| | | Contraindicados: Prilocaína e Vasoconstritores como felipressina. | | |
| | Analgésicos | Paracetamol | | |
| | | Dipirona | | |
| | Antibióticos | 1ª escolha | Alergia | Infecções em fases mais avançadas |
| | | Penicilina | Estearato de Eritromicina | Amoxicilina + Clavulanato* |
| | | | | Clindamicina (alérgicas à Penicilina)** |
| Anti-inflamatórios | Evitar | | | |

Observações Gerais:

- O uso de antibióticos por via sistêmica, somente é recomendado nos casos dos abscessos periapicais agudos que apresentam sinais locais de disseminação do processo infeccioso (ex: linfadenite, celulite, trismo) ou sinais e sintomas de ordem sistêmica (febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral, etc.). A dose de ataque do antibiótico por via oral deve ser administrada 1 hora antes do início dos procedimentos clínicos.
- O período do tratamento com antibióticos vai depender do curso da infecção, com base na avaliação clínica diária. Geralmente fica em torno de 7 dias a 14 dias.

* Embora com pouca experiência clínica, os **inibidores de beta-lactamases** parecem ser seguros durante a gravidez. Porém, devem ser utilizados com cuidado. ANVISA, 2008.

Até o presente, não se relatou efeito teratogênico atribuível à clindamicina. No entanto, a administração de clindamicina durante a gravidez deve ser **limitada a indicações especiais, considerando-se a pequena experiência com seu uso em gestantes. ANVISA, 2008.

18 - Manual de Normas e Rotinas do Consultório Odontológico

18.1. Justificativa

A maior incidência de doenças infecciosas ocorre entre os profissionais de saúde e tende a ser maior à medida que o contato com fluidos orgânicos aumenta. Em odontologia, devido à grande proximidade do cirurgião-dentista com os tecidos e fluidos orgânicos dos pacientes, os profissionais entram em contato com uma grande variedade de microrganismos que, para agravar, também podem se dispersar por meio de respingos, borrifos e aerossóis ocasionando uma grande contaminação ambiental. Consequentemente, a equipe odontológica se expõe aos riscos biológicos, pode ter a saúde prejudicada e uma contaminação causada por vírus, bactérias, fungos ou parasitas. Em razão disto, as clínicas odontológicas são consideradas ambientes de alto risco para contaminação cruzada

Várias doenças transmissíveis oferecem risco para a Odontologia, como: AIDS, Hepatite B e C, Sífilis, Meningite meningocócica, Tuberculose, Influenza, Rubéola, Sarampo, Gengivoestomatite herpética, Citomegalovirose, Dermatofitoses, entre outras.

A necessidade de adoção de medidas padronizadas de biossegurança é muito importante devido à grande probabilidade de contaminação através da cavidade bucal, do meio extrabucal e pelas das superfícies (instrumentos e mobiliários). Estas medidas deverão ser seguidas rigorosamente no atendimento e em todas as etapas que fazem parte do processo do mesmo.

"A Biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, que podem comprometer a saúde do homem, dos animais, do meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos". (CTbio/FIOCRUZ). Portanto, a biossegurança representa o conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe e os pacientes no ambiente clínico, adotadas para reduzir os riscos ocupacionais e o controle da contaminação cruzada.

Esse manual de normas e rotinas deverá ser atualizado anualmente ou sempre que houver alteração na rotina de trabalho. A cada atualização deverá ser feita reunião,

registrada em ata, com todos os funcionários envolvidos para tomar conhecimento das mudanças e receber capacitação adequada.

18.2. Objetivos

- a) Padronizar critérios e procedimentos básicos para prestação de serviço odontológico aos usuários da área de abrangência da **(nome da unidade de saúde)**
- b) Controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas;
- c) Reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas;
- d) Favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente;
- e) Planejar e implementar rotinas para o gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde odontológicos;
- f) Minimizar a produção de resíduos odontológicos;
- g) Proporcionar aos resíduos odontológicos gerados um encaminhamento seguro e eficiente;
- h) Proteger a saúde dos trabalhadores;
- i) Preservar a saúde pública, recursos naturais e o meio ambiente.

18.3. Identificação e caracterização dos serviços odontológicos

O serviço de assistência odontológica **(nome da unidade de saúde)** pode ser classificado e caracterizado como tipo I, uma vez que possui equipamento (s) odontológico(s) (cadeira (s) odontológica (s), equipo (s) com pontas de alta rotação, micromotor e seringa tríplice, refletor e unidade auxiliar) em sala (s) clínica(s) e sem equipamento emissor de radiação ionizante. A (s) referida (s) sala (s) clínica possui (em) ainda aparelho (s) fotopolimerizador (es), amalgamador (es) de cápsulas, aparelho (s) de ultrassom/jato de bicarbonato de sódio. Autoclave (s), que fica (m) na Central de Materiais e Esterilização – CME e um compressor externo. O (s) cirurgião (ões) dentista (s) lotado (s) na Unidade de Saúde (fazem um revezamento na utilização dos equipamentos), realiza (m) procedimentos de promoção, prevenção e reabilitação à saúde bucal, tais como: consultas, atendimento às urgências, restaurações, selantes, selamentos provisórios, aplicação tópica de flúor, raspagem sub e supra gengival, exodontias, pulpotomias e outros procedimentos característicos da Atenção Básica. Pacientes que necessitam de atenção especializada para tratamento endodôntico, cirúrgico, periodontal ou odontopediátrico são

referenciados para o Centro de Especialidades Odontológicas. A porta de entrada aos serviços odontológicos da Unidade de Saúde se dá através da demanda programada de pacientes considerados em risco social ou biológico, bem como através da demanda espontânea para casos de urgência ou de busca por tratamento. O atendimento é realizado mediante prontuário clínico onde constam dados pessoais, anamnese, exame clínico, exames complementares e evolução do tratamento do paciente, identificação do profissional responsável pelo atendimento e assinaturas do profissional e paciente, sendo que cada profissional conserva seus prontuários em Os instrumentais e brocas são esterilizados em autoclave, em kits individuais, de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado e são armazenados por até sete dias em armário destinado a esse fim. Insumos e medicamentos são armazenados em armários próprios para este fim.

O atendimento clínico é realizado juntamente com a Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), de forma a favorecer a limitação da propagação de microrganismos e o controle de infecção cruzada no consultório. A equipe de saúde bucal recebe apoio multiprofissional para aspectos administrativos, bem como para aspectos de atenção integral à saúde do paciente.

18.4. Responsável Técnico

Nome do RT: _____
(A ser definido pela Secretaria Municipal de Saúde)

18.5. Equipe de saúde bucal

18.5.1. Composição

| NOME | CARGO | HORAS TRABALHADAS | CRO /VÍNCULO |
|------|------------|--|------------------|
| | CD – ESF | 40hs semanais divididas entre atendimento clínico, grupo, visitas domiciliares, procedimentos coletivos e atividades administrativas e de capacitação. | Concurso público |
| | CD – Rede | 30hs semanais dedicadas ao atendimento clínico. | Concurso público |
| | ASB – ESF | 40hs semanais com distribuição equivalente ao CD de sua equipe. | Concurso público |
| | ASB – Rede | 30 horas semanais dedicadas ao atendimento clínico. | Concurso público |

18.5.2. Atribuições segundo a Política Nacional de Atenção Básica (12)

As atribuições de cada profissional deverão ser inseridas no manual de normas e rotinas a ser impresso nas Unidades (US) de Saúde, de acordo com o descrito no capítulo 1 itens 1.3 e 1.4.

18.6. Caracterização dos aspectos ambientais dos serviços odontológicos

18.6.1. Abastecimento de água

O abastecimento de água é realizado pela rede pública e o controle de qualidade é realizado externamente pelo Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba – CODAU. Internamente o controle é realizado através da limpeza da caixa de água a cada seis meses solicitada pelo Responsável Técnico da Unidade.

18.6.2. Efluentes líquidos

O esgotamento e tratamento sanitário dos efluentes líquidos se dão através da rede pública.

18.6.3. Emissões gasosas

Há emissão gasosa de agentes químicos sob a forma de poeiras, névoas, vapores, gases, mercúrio, produtos químicos em geral e outros. Os principais causadores desse risco são: amalgamadores, jato de bicarbonato de sódio, desinfetantes químicos (álcool, hipoclorito de sódio, clorexidina, entre outros). Para minimizar esses riscos são utilizados: Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante atendimento ao paciente e manuseio de produtos passíveis de provocar esta emissão gasosa, bem como devem ser observadas as normas do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS) para o seu descarte. (vide capítulo 20).

18.6.4. Controle de insetos e roedores

O controle de insetos e roedores é realizado através de barreiras do tipo telas nas janelas e dedetização periódica por empresa licenciada solicitada pelo Responsável Técnico da Unidade.

18.7. Terminologias adotadas para efeito deste manual

Antissepsia: É o método através do qual se impede a proliferação de microrganismos em tecidos vivos com o uso de substâncias químicas (os antissépticos) usadas como bactericidas ou bacteriostáticos. Uma mesma substância quando usada em objetos inanimados será chamada de desinfetante, e quando usada em tecidos vivos será chamada de antisséptico.

Assepsia: É o conjunto de métodos empregados para impedir que determinado local, superfície, equipamento e/ou instrumental seja contaminado.

Desinfecção: É o procedimento de destruição de microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa e não necessariamente todos os esporos bacterianos. A

desinfecção pode ser obtida por processos físicos ou químicos. É utilizada apenas para objetos inanimados.

EPI: É todo dispositivo ou produto, de uso individual pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e saúde no trabalho. Tais como: gorro, máscara, óculos, avental descartável (preferencialmente), luvas, calçados fechados.

Esterilização: É o processo físico ou químico que elimina todas as formas de vida microbiana, incluindo os esporos bacterianos.

Limpeza: É o procedimento utilizado para remoção de sujidades, presentes em qualquer superfície ou artigo, utilizando-se de ação manual ou mecânica.

Reesterilização: É o processo de esterilização de artigos já esterilizado, mas não utilizados, em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou outra situação na qual não haja segurança quanto ao processo ou resultados da esterilização inicial.

18.8. Normas e rotinas para o atendimento

18.8.1. Rotinas gerais para o cirurgião-dentista e auxiliares

| Objetivo: Padronizar critérios e procedimentos básicos | |
|--|--|
| Executores: Cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: EPI, produtos utilizados para antissepsia, desinfecção e esterilização | |
| Frequência: Sempre | |
| Passos | Ação |
| 1º | Evitar o contato direto com a matéria orgânica através da utilização de EPI apropriados na sala odontológica e na CME*, substituindo-os caso apresentem manchas de exudatos orgânicos, sangue, umidade ou furos; |
| 2º | Utilizar o EPI somente nesses locais e em atividades afins; |
| 3º | Não comer nos locais acima citados; |
| 4º | Não adentrar cozinha, banheiros e demais salas quando estiver paramentado; |
| 5º | Não tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas para reduzir as oportunidades de contaminação; |
| 6º | Trocar as luvas e/ou higienizar as mãos se houver necessidade de acesso a equipamentos e instrumentais nem sempre à mão, ou em caso de rompimento / perfuração das luvas; |
| 7º | Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas; |
| 8º | Observar a técnica correta de remoção de luvas para evitar contaminação das mãos; |
| 9º | Higienizar as mãos; |
| 10º | Evitar a propagação de microrganismos através do planejamento do atendimento e preparo do ambiente; |
| 11º | Tornar seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies através de procedimentos corretos de limpeza, desinfecção e esterilização; |
| 12º | Adotar medidas para proteger sua saúde e a da sua equipe tais como administração de vacinas contra hepatite B, tuberculose, influenza, tríplice viral e dupla tipo adulto, prevenção de acidentes; |
| 13º | Adotar condutas preconizadas em caso de exposição ocupacional a material biológico; |

| | |
|-----|---|
| 14º | Participar de treinamentos e capacitações para manuseio apropriado do lixo do consultório e para o controle de infecções na prática odontológica; |
| 15º | Programar e solicitar folgas com antecedência para não comprometer o trabalho. |

18.8.2. Rotina de higienização das mãos










a) Lavagem / higienização simples das mãos

| Objetivo: Remover microrganismos que colonizam camadas superficiais da pele, remover suor, oleosidade, células mortas e sujidades propícias à proliferação de microrganismos. | |
|---|---|
| Executores: Cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: Sabonete líquido, papel toalha | |
| Frequência: Ao iniciar e terminar o turno de trabalho, antes e após o contato com o paciente, antes e após o uso de luvas, antes do preparo de produtos odontológicos, após qualquer trabalho de limpeza, entre procedimentos, sempre que houver sujeira, contato com sangue e outros fluídos corpóreos, antes e após o uso do banheiro, após assoar o nariz, antes e após se alimentar. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Retirar relógio, pulseiras e anéis. (As unhas devem ser mantidas aparadas e, caso use esmalte, este não deve apresentar fissuras ou descamação); |
| 2º | - Manter o corpo afastado da pia; |
| 3º | - Abrir a torneira e molhar as mãos sem tocar na superfície da pia; |
| 4º | - Aplicar sabonete líquido na palma da mão em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante); |
| 5º | - Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; |
| 6º | - Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa; |
| 7º | - Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais; |
| 8º | - Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos com movimento de vai-e-vem e vice-versa; |
| 9º | - Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda utilizando-se movimento circular e vice-versa; |
| 10º | - Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa; |
| 11º | - Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa; |
| 12º | - Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira; |
| 13º | - Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha; |

Adaptado de: *Segurança do Paciente / Higienização das Mãos / Anvisa*

OBS: Em Odontologia a indicação de lavar as mãos predomina, com oportunidades reduzidas para aplicação de antissépticos em base alcoólica. Se as mãos estiverem secas e limpas podem ser aplicadas soluções que dispensam enxágue. Após retirar as luvas, entretanto, é necessário lavar as mãos, devido a resíduos deixados pela cobertura interna deste EPI, que podem causar irritação na pele e pela possibilidade de contaminação da pele, mesmo que reduzida, por secreções e sangue que eventualmente possam ter passado pelas porosidades do material (microfuros).

b) Aplicação de antisséptico que dispensa enxague (à base de álcool)

| Objetivos: Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). | |
|---|---|
| Executores: Cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: Álcool gel a 70%. | |
| Frequência: Substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas; | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Retirar relógio, pulseiras e anéis. (As unhas devem ser mantidas aparadas e, caso use esmalte, este não deve apresentar fissuras ou descamação); |
| 2º | - Aplicar na palma da mão quantidade suficiente do produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir recomendação do fabricante);  |
| 3º | - Friccionar as palmas das mãos entre si;  |
| 4º | - Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;  |
| 5º | - Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;  |
| 6º | - Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos com movimento de vai-e-vem e vice-versa;  |
| 7º | - Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda utilizando-se movimento circular e vice-versa;  |
| 8º | - Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fazendo movimento circular e vice-versa;  |
| 9º | - Friccionar os punhos com movimentos circulares;  |
| 10º | - Friccionar até secar. Não utilizar papel toalha  |

Adaptado de: *Segurança do Paciente / Higienização das Mãos / Anvisa*

18.8.3. Paramentação e desparamentação

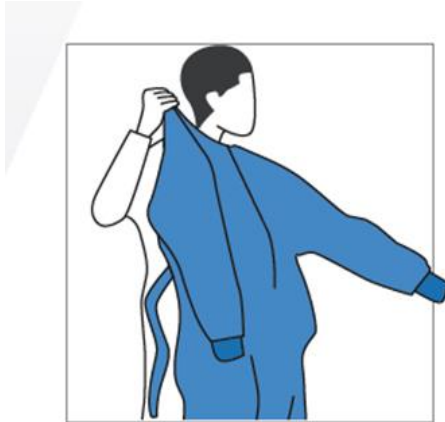
- Ressalta-se a necessidade do uso racional de EPI nos serviços de saúde, pois se trata de um recurso finito e imprescindível para oferecer segurança aos profissionais durante a assistência;
- Os profissionais envolvidos no atendimento e em contato com pacientes deverão estar paramentados como os EPIs adequados antes do paciente entrar no consultório;
- O protetor facial e óculos deverão ser previamente ajustados e desinfetados pelo profissional. A desinfecção deverá ser feita por fricção com álcool a 70% três vezes;
- As luvas devem ser trocadas a cada atendimento. Não tocar em superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) com as mãos enluvadas;
- Não se deve circular pelo serviço de saúde utilizando os EPI, fora da área de assistência aos pacientes. Estes devem ser imediatamente removidos após o atendimento;
- Atentar-se para a retirada adequada de maneira a evitar a autocontaminação.

| | |
|------------------------------|--|
| Equipe de Saúde Bucal | <ul style="list-style-type: none">• Gorro descartável;• Máscara N95;• Protetor facial/óculos de proteção;• Capote;• Luvas de procedimento. |
|------------------------------|--|

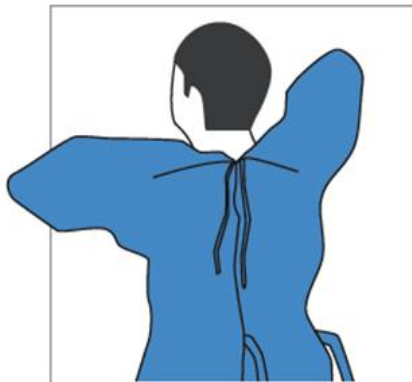
Obs.: A não observância do uso adequado de EPIs pode acarretar sérias consequências para o profissional e paciente.

Sequência de paramentação

a) Avental ou capote

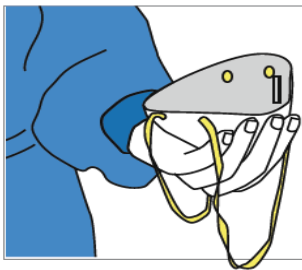


1 Vista o avental ou capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura.



2 Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos.

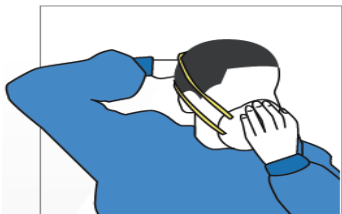
b) Máscara N95



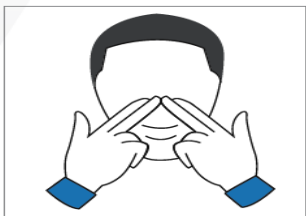
- 1 Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes.



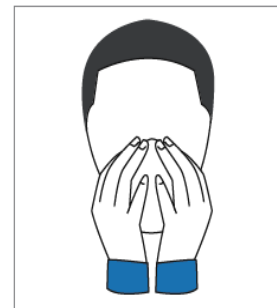
- 2 Encaixar o respirador sob o queixo.



- 3 Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça.



- 4 Ajustar o clip nasal no nariz.



- 5 Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa.

IMPORTANTE:

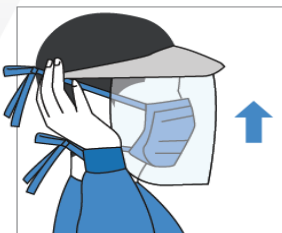
Verificação positiva da vedação:

- Expire profundamente. Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento.
- Se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão. Teste novamente a vedação.
- Repita os passos até que a máscara esteja vedando corretamente!

Verificação negativa da vedação

- Inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se no seu rosto.
- O vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação.

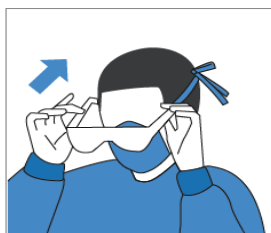
c) Óculos de Proteção e/ou Protetor Facial



1 Apoie a viseira do protetor facial na testa e passe o elástico pela parte superior da cabeça. No caso dos óculos, coloque da forma usual.

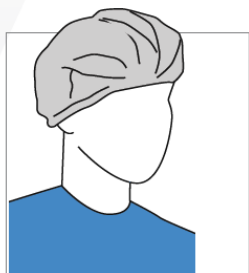
2 Os equipamentos devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso, caso não possa ser descartado.

3 Sugere-se a limpeza e desinfecção, de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.



d) Gorro

Lembre-se: O cabelo deve estar preso.

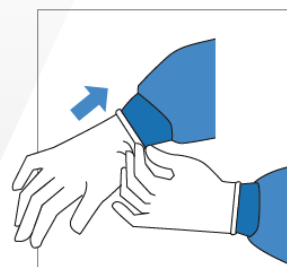


1 Colocar o gorro ou a touca na cabeça começando pela testa, em direção à base da nuca.

2 Adaptar na cabeça de modo confortável, cobrindo todo o cabelo e as orelhas.

3 Sempre que o gorro ou a touca apresentarem sinais de umidade, devem ser substituídos por outro.

e) Luvas



1 Calce as luvas e estenda-as até cobrir o punho do avental de isolamento.

2 Troque as luvas sempre que for necessário ou quando for entrar em contato com outro paciente.

3 Troque as luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando essa estiver danificada.

4 Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas.

5 Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas. As luvas não devem ser reutilizadas.

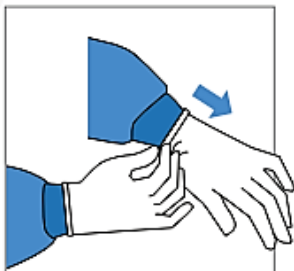
6 O uso de luvas não substitui a higiene das mãos.

7 Proceder à higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas.

Sequência de desparamentação

1. Retirada de luvas

Lembre-se: Durante a retirada das luvas evite tocar o lado externo, pois elas estarão contaminadas.



1 Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso.

2 Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora.

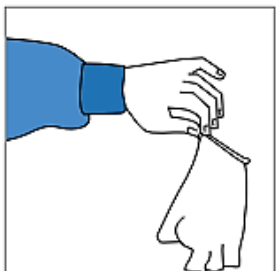
3 Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada.

4 Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso.

5 Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda.

6 Descarte as luvas na lixeira. Não reutilize as luvas.

7 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



2. Retirada do capote da seguinte forma:

Lembre-se: Durante a retirada do avental ou capote, evite tocar o lado externo, pois estará contaminado.



1 Abra as tiras e solte as amarras.

2 Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote.

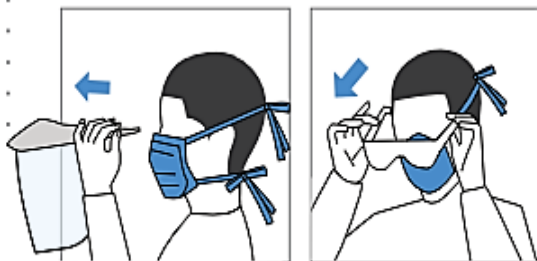
3 Retire o avental/capote pelo avesso.

4 Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado.

5 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.



1. Retirada dos óculos/protetor facial.



- 1 Remova pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada.
- 2 A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante.

2. Retirado gorro

Lembre-se: O Gorro é retirado após o avental ou capote.



- 1 Para retirar a touca/gorro, puxe pela parte superior central, sem tocar nos cabelos.
- 2 Descarte a touca/gorro em recipiente apropriado.
- 3 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

3. Retirar a máscara N95.

(máscara de alta filtragem do tipo N 95, PFF2 ou equivalente)

Lembre-se: A guarda ou descarte devem obedecer aos procedimentos recomendados pelas autoridades sanitárias ou pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do serviço de saúde.



- 1 Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo.
- 2 Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo.
- 3 Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna.
- 4 Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização.
- 5 Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.
- 6 Lave as mãos com água e sabão ou higienize com solução alcoólica a 70%.

Retirado de Orientações sobre a colocação dos equipamentos de proteção individual (EPI) – Cofen 2020.

18.8.4. Rotina para o início do período de atendimento

| Objetivo: Preparar a sala para o atendimento odontológico, controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente. | |
|---|--|
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: EPI, Álcool a 70%, algodão, água | |
| Frequência: A cada período de atendimento | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Colocar água potável no reservatório de água. |
| 2º | - Ligar o compressor. |
| 3º | - Realizar desinfecção com álcool 70° no equipo, pontas de alta rotação e micromotor, seringa tríplice, unidades auxiliares, refletor, pontas e mangueiras de sucção, cadeira, bancadas, periféricos, mocho, cuspeira e óculos de proteção, do mais limpo para o mais sujo, usando a técnica de fricção em três etapas intercaladas pelo tempo de secagem natural; |
| 4º | - Observar sempre se as superfícies estão limpas |
| 5º | - Inserir os pacientes no sistema de saúde |
| 6º | - Separar os prontuários dos pacientes agendados |
| 7º | - Direcionar o paciente ao atendimento |

18.8.5. Rotina durante o atendimento ao paciente

| Objetivo: Otimizar o atendimento odontológico, controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente | |
|--|---|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal; Funcionário do Setor de Serviços Gerais | |
| Materiais: EPI, antisséptico, copinho plástico descartável, hipoclorito de sódio, pano de limpeza | |
| Frequência: A cada atendimento | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Colocar 15 ml de antisséptico em copinho plástico para antisepsia intra-oral e oferecê-lo ao paciente. Obs.: o paciente, mesmo que não seja hipertenso, já deve ter sido encaminhado para a equipe de enfermagem para aferição da pressão antes de cada atendimento. Caso o paciente seja diabético, já deve estar também com a glicemia verificada. |
| 2º | - Selecionar o instrumental e material a ser utilizado após a orientação do profissional e abrir os pacotes estéreis na presença do paciente, estando o profissional e auxiliar de mãos higienizadas, de luvas e prontos para o atendimento. |
| 3º | - A manipulação de materiais utilizados para procedimentos restauradores (bisnagas de resinas e selantes, medicamentos) e quaisquer outros procedimentos realizados fora da área crítica de trabalho, durante o atendimento, deverá ser feita preferencialmente pelo auxiliar, com a troca da luva de látex, tais como abrir portas, gavetas. |
| 4º | - Quando, acidentalmente, houver pequeno derramamento de sangue ou substâncias corporais em alguma superfície ou piso, chamar o funcionário do Setor de Serviços Gerais para limpar e fazer a desinfecção de acordo com a seguinte conduta: remover a matéria orgânica com papel toalha e proceder à limpeza, utilizando a técnica de dois baldes Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde. Se piso ou paredes: Limpar com sabão ou detergente a superfície a ser desinfetada. Enxaguar e secar. Aplicar água sanitária na área que foi retirada a matéria orgânica, deixando o tempo necessário para ação do produto (seguir orientação do fabricante). Se mobiliário: Limpar com sabão ou detergente a superfície a ser desinfetada, com o auxílio de compressa cirúrgica. Em seguida, realizar a fricção com álcool a 70%. |
| 5º | - O uso do EPI é necessário durante todo o atendimento no consultório |
| 6º | - Não conversar em voz alta e restringir-se somente ao necessário e relativo ao atendimento. Evitar ruídos desnecessários que possam causar estresse ao paciente. |

18.8.6. Rotina após o atendimento de cada paciente

| Objetivo: Controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente. | |
|--|---|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal; Funcionário do Setor de Serviços Gerais | |
| Materiais: EPI, álcool a 70%, luva, algodão, escovas para limpeza, água, sabão líquido, Compressa cirurgica | |
| Frequência: Após cada atendimento odontológico | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Remover as luvas, descartá-las no recipiente para resíduos infectantes e lavar as mãos antes de orientar, agendar retorno, se necessário e dispensar o paciente. |
| 2º | - Recolher todos os resíduos gerados durante o atendimento e descartá-los corretamente: (Materiais perfurocortantes devem ser colocados em recipientes próprios com paredes rígidas, identificados como resíduo perfurocortante. Estes recipientes devem ser utilizados até 2/3 de sua capacidade máxima. Gaze, luvas, , roletes de algodão, fio dental, cunhas de madeira, microbrush demais materiais considerados contaminados deverão ser depositados no recipiente para resíduos infectantes, em sacos plásticos brancos). |
| 3º | - Tubetes de anestésico, capsulas de amálgama e seus restos, devem ser acondicionados no frasco de plástico identificado e específico para cada fim. |
| 4º | - Retirar com muito cuidado os instrumentais do equipo. |
| 5º | - Se algum material de consumo / medicamentos foi manipulado sem retirar as luvas de látex, realizar desinfecção com álcool 70º antes de devolvê-los ao seu local de origem. |
| 6º | - Lavar os óculos de proteção |
| 7º | - Se houver sujidade de matéria orgânica no equipo, unidades auxiliares, refletor, pontas e mangueiras de sucção, cadeira, bancadas, mocho, e periféricos deve ser realizada limpeza utilizando compressa cirurgica umedecida em água com sabão líquido (detergente) para remover a sujeira e outra umedecida em água limpa para remover o sabão e outra para secar para finalizar. |
| 8º | - Pontas de alta rotação e micromotor e seringa tríplex devem ser lavadas com uma escova destinada exclusivamente para esse fim, água corrente e sabão |
| 9º | - A cuspeira deve ser lavada com água, sabão e uma escova destinada exclusivamente a esse fim. |
| 10º | - Na cânula da cuspeira, sugar a água abundantemente para remover possíveis resíduos internos da mangueira do sugador. |
| 11º | - Acionar a seringa tríplex (jato de água e spray) e canetas de alta rotação e micro motor por no mínimo 30 segundos, para eliminar conteúdos decorrentes do refluxo. |
| 12º | - Descartar as luvas no lixo contaminado. |
| 13º | - Calçar novo par de luvas |
| 14º | - Lubrificar as pontas de alta rotação e micromotor e acionar para remover o excesso. |
| 15º | - Realizar desinfecção com álcool 70º no equipo, pontas de alta rotação e micro motor, seringa tríplex, unidades auxiliares, refletor, pontas e mangueiras de sucção, cadeira, bancadas, periféricos, mocho, cuspeira e óculos de proteção, do mais limpo para o mais sujo, utilizando a técnica de fricção, em três etapas intercaladas pelo tempo de secagem natural; |
| 16º | - Descartar as luvas no lixo contaminado. |
| 17º | - Se houver sujidade no chão chamar o funcionário do Setor de Serviços Gerais para limpar imediatamente. |
| 18º | - Acondicionar o instrumental contaminado em recipiente ou estojo fechado específico para instrumental contaminado e mantê-lo submerso em água, evitando a desidratação da matéria orgânica, até que o mesmo possa ser transportado para a CME e processado. |
| 19º | - Observar sempre se as superfícies estão limpas. |
| 20º | - Substituir máscaras, aventais e gorros se houver sujidade ou estiverem úmidos. |

18.8.7. Rotina para o final de cada período de atendimento

| Objetivo: Controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente. | |
|--|---|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal; Funcionário do Setor de Serviços Gerais | |
| Material: Óleo lubrificante | |
| Frequência: Ao final de cada período | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Após proceder à rotina depois do atendimento do último paciente, lubrificar as pontas de alta rotação e micromotor. |
| 2º | - Solicitar ao funcionário responsável pela limpeza a coleta dos resíduos e a limpeza do chão, que deverá ser feita observando os passos de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar, de acordo com a técnica dos dois baldes. |
| 3º | - Encaminhar-se para a CME para dar início ao processo de lavar os instrumentais de acordo com a rotina preconizada. |
| 4º | - Máscara, gorro e jaleco devem ser descartados ao final de cada período no recipiente de resíduos infectantes. |

OBS: O piso deve ser muito bem limpo todos os dias pela equipe responsável pela limpeza, e também entre um paciente e outro se houver sujidade visível, preferencialmente com produtos desinfetantes, seguindo a rotina de limpeza preconizada no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde.

18.8.8. Rotina para o final do dia de atendimento

| Objetivo: Controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente | |
|---|--|
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: EPI, recipiente ou estojo fechado, escova | |
| Frequência: Ao final de cada período | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Retirar o ralo da cuspeira e o filtro do sugador e encaminhá-los para a área suja da CME, bem como a escova utilizada para lavar a cuspeira, acondicionados no recipiente para instrumental contaminado, para que sejam lavados em água corrente, com a escova acima citada. |
| 2º | - Recolocar o ralo da cuspeira e o filtro do sugador, já devidamente lavados. |

18.9. Rotina para drenagem de compressor

| Objetivo: Drenar a água acumulada no reservatório do compressor para impedir a saída indevida da mesma junto ao ar comprimido. | |
|---|---|
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: | |
| Frequência: 1 a 2 vezes na semana de acordo com a umidade relativa do ar. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Abrir o registro e deixar esgotar completamente o ar e a água acumulada no interior do reservatório |
| 2º | - Fechar bem o registro para evitar vazamentos. |

Obs.: Ao longo do período de atendimento não deverá sair água com ar comprimido nas pontas, se isto ocorrer um técnico tem que ser chamado para colocação de mais filtros ou

redimensionamento dos filtros existentes. Quando todos os equipamentos estiverem funcionando o compressor deve ligar e desligar por períodos, pois não deve haver superaquecimento do equipamento.

18.10. Rotina para limpeza e desinfecção terminal da sala odontológica

| | |
|---|--|
| Objetivo: Controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente | |
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal; Funcionário do Setor de Serviços Gerais | |
| Materiais: Compressa cirurgica limpos, água, sabão, álcool 70° e demais materiais necessários para desinfecção terminal preconizada no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde | |
| Frequência: Semanal | |
| Passos | Ação |
| 1° | - Fazer a limpeza semanal dos armários, mobiliários, gavetas, prateleiras, bancadas, pias, saboneteiras, papelarias, ventiladores e equipamentos utilizando compressa cirurgica embebido em água com sabão ou detergente para remover a sujeira. |
| 2° | - Fazer a remoção do sabão com outra compressa cirurgica umedecida em água limpa. |
| 3° | - Secar com compressa cirurgica limpa. |
| 4° | - Friccionar com álcool 70° para finalizar. |
| 5° | - Paredes, portas e janelas devem ser limpas semanalmente pela equipe responsável pela limpeza, seguindo a rotina de desinfecção terminal preconizada no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde. |
| 6° | Registrar a ação em planilha apropriada ou em caderno destinado a este fim. |
| Obs.: os primeiros itens, especificamente, ficarão a cargo das ASBs, o 5° item ficará a cargo da equipe responsável pela limpeza e o 6° item fica a cargo das duas categorias. | |

18.11. Rotina para controle, armazenamento e reposição de estoque

| | |
|---|--|
| Objetivo: Manter estoque e armazenamento adequado de materiais e insumos para o atendimento odontológico, observando o prazo de validade dos mesmos. | |
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: Planilha padronizada, caneta de retroprojektor. | |
| Frequência: Ao final de cada mês | |
| Passos | Ação |
| 1° | - Realizar a contagem do estoque |
| 2° | - Checar as datas de validade dos insumos e medicamentos existentes, retirando os que estiverem prestes a expirar |
| 3° | - Fazer a reposição dos insumos e medicamentos em uso quando necessário |
| 4° | - Informar o responsável por alimentar o Controle de Estoque de Materiais e Medicamentos (CEMED) |
| 5° | - Quando houver entrega de produtos odontológicos do almoxarifado central os mesmos devem ser armazenados corretamente em armário apropriado para esse fim e devem ter sua data de validade grafada em destaque na embalagem com caneta de retroprojektor. |

18.12. Rotina para registro de manutenção preventiva / corretiva

| Objetivo: Permitir o funcionamento correto dos aparelhos e aumentar a vida útil dos mesmos. | |
|--|--|
| Executores: ASB, Cirurgião Dentista e Técnico da Manutenção | |
| Materiais: Formulários próprios ou caderno de registro | |
| Frequência: manutenção preventiva: no mínimo anual; manutenção corretiva: sempre que necessário. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Solicitar revisão e calibração periódica dos equipamentos a título de manutenção preventiva. |
| 2º | - Manter evidência documentada das manutenções preventivas (laudo técnico) arquivada para comprovação das mesmas. |
| 3º | - Enviar e-mail ao departamento de saúde bucal sempre que houver necessidade de manutenção corretiva, especificando o problema encontrado, identificação do aparelho e local da instalação do mesmo. |
| 4º | - Colar cópia do e-mail em caderno destinado a este fim. |
| 5º | - Solicitar ao técnico, quando da sua visita, que registre a data da manutenção corretiva, com descrição do serviço realizado e informações sobre peças possivelmente trocadas. |
| 6º | - Descrever o resultado da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção em autoclave e complementar com indicadores químicos e biológicos, quando indicado. |

Baseado na RDC 15/2012 – ANVISA

18.13. Rotina após acidente com mercúrio

| Objetivo: Proteger a saúde dos trabalhadores e dos pacientes | |
|--|--|
| Executores: Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal; Funcionário do Setor de Serviços Gerais | |
| Materiais: EPI, papel ou seringa, água, sabão, cera, pó de enxofre ou óxido de zinco | |
| Frequência: Em caso de acidente com mercúrio | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Caso caia mercúrio no piso, deve-se removê-lo com uma folha de papel ou com uma seringa e depositá-lo em recipiente apropriado com a utilização de luvas. |
| 2º | - Ventilar a sala e abrir as janelas |
| 4º | - Caso ainda fique mercúrio no piso deve-se recobri-lo com pó de óxido de zinco, e depois coletá-lo e descartá-lo no recipiente destinado a sobra de amálgama. |

Obs.: Com a finalidade de evitar contaminação diária pelo mercúrio, abole-se o uso da camurça, devendo o amálgama ser retirado diretamente da própria cápsula

18.14. Rotina após acidente com material perfuro cortante

| Objetivo: Proteger a saúde do trabalhador | |
|--|---|
| Executores: Cirurgião Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal | |
| Materiais: Água e sabão líquido | |
| Frequência: Em caso de acidente com material perfuro cortante | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Lavar exaustivamente com água e sabão o ferimento ou a pele exposta ao sangue ou fluido orgânico. Não provocar maior sangramento do local ferido e não aumentar a área lesada, a fim de minimizar a exposição ao material infectante. Não utilizar agentes cáusticos. |
| 2º | - Dirigir-se imediatamente ao responsável técnico da US) para que para que sejam tomadas as providências necessárias tais como preenchimento do inquérito de notificação, emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, coleta de dados e sangue do paciente fonte. |
| 3º | - Dirigir-se ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com material coletado para exame e avaliação do caso por equipe multiprofissional e devidas providências. |

Baseado em: *Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

Obs: Em caso de acidente com material contaminado envolvendo a mucosa ocular lavar com soro fisiológico ou água em abundância.

19 - Normas e Rotinas para a Central de Materiais e Esterilização

19.1. Justificativa

A principal meta de uma Central de Material e Esterilização – CME é o fornecimento de artigos livres de micro-organismos patogênicos e a esterilização constitui na completa eliminação ou destruição de todas as formas de vida microbiana viáveis. Tem por missão prover todos os serviços e diagnósticos de produtos para saúde processados, garantindo a quantidade e a qualidade necessária para a assistência segura.

A esterilização pode ser realizada por meio de processos físicos ou químicos. Ela pode ser afetada pelo grau de limpeza dos artigos, pela capacidade de penetração do agente esterilizante e desempenho do equipamento. O procedimento de esterilização de artigos que oferece mais segurança é o vapor saturado sob pressão, realizado em autoclaves. Os microorganismos são destruídos pela ação combinada da temperatura, pressão e umidade que promovem a termo coagulação e a desnaturação das proteínas da estrutura genética celular.

Nos serviços de saúde existe uma grande preocupação com o processo de esterilização e com a qualificação dos insumos necessários para realização desse procedimento, etapas monitoradas pelo uso de indicadores biológicos e pela padronização do papel grau cirúrgico como invólucro dos materiais médico-odontológicos. A RDC 15 de 2012 dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos. O processamento de produtos para saúde tem se tornado cada vez mais complexo, o que exige novas responsabilidades dos profissionais tornando-se necessário a implantação de manuais de normas e rotinas específicos para cada setor e que devem ser seguidos rigorosamente para evitar danos à saúde.

Em odontologia, todos os instrumentos odontológicos (críticos e semicríticos) devem ser esterilizados. Esta orientação decorre de que todos os instrumentos utilizados na cavidade bucal do paciente são contaminados, ou seja, os extraorais através de contato com as mãos contaminadas e os que não penetram em tecido mole podem fazê-lo acidentalmente, pelo sangramento em um procedimento que inicialmente não seria invasivo.

Esse manual de normas e rotinas deverá ser atualizado anualmente ou sempre que houver alteração na rotina de trabalho. A cada atualização deverá ser feita reunião, registrada em ata, com todos os funcionários envolvidos para tomar conhecimento das mudanças e receber capacitação adequada.

19.2. Rotina para a área contaminada

19.2.1. Rotina para lavar os instrumentais

| Objetivo: Manter os artigos livres de sujidades e evitar a proliferação de micro-organismos, eliminando a matéria orgânica, controlando a formação de biofilme. | |
|--|--|
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais: Escova com cerdas de nylon macias, detergente enzimático, recipiente com tampa, luvas de borracha, óculos, avental, gorro, máscara, compressa cirúrgica, água. | |
| Frequência: A cada processo | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Higienizar as mãos. |
| 2º | - Colocar o gorro, máscara, óculos, avental |
| 3º | - Calçar as luvas de borracha. |
| 4º | - Preparar a solução de detergente enzimático, conforme orientação do fabricante (Essa diluição deve ser desprezada ao final do dia ou quando ficar turva) |
| 5º | - Retirar o instrumental da água, deixando escorrer o excesso. |
| 6º | - Imergir os artigos em solução de detergente enzimático e mantê-los durante o tempo preconizado pelo fabricante. |
| 7º | - Retirar os artigos da solução e proceder à limpeza manual com auxílio de escovas, sendo que todas as articulações devem ser abertas na hora da limpeza e, quando presentes, realizar o movimento no sentido das serrilhas. |
| 8º | - Enxaguar em água corrente. |
| 9º | - Secar os artigos com compressa cirúrgica seca, dando especial atenção para as articulações. |
| 10º | - Realizar a inspeção, de todo o material e instrumental lavados verificando a qualidade da limpeza. Reprocessar aqueles em que persistiu sujidade visível. |
| 11º | - Encaminhar os artigos para a área de embalagem e esterilização. |
| 12º | - Lavar as luvas antes de retirá-las e coloca-las com a abertura voltada para baixo de forma que facilite o escoamento da água evitando a penetração da mesma para o interior da luva. |
| 13º | - Higienizar as mãos. |

Adaptada de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

19.2.2. Rotina de Limpeza das canetas de alta e baixa rotação

| Objetivo: Manter as canetas de alta e baixa rotação livres de sujidades e evitar a proliferação de micro-organismos realizando o controle de infecção. Uma vez que são ineficazes as barreiras externas como medida de prevenção de infecção cruzada nestas peças de mão, assim como do álcool 70 % com ou sem limpeza prévia. | |
|---|---|
| Executores: Auxiliar de saúde bucal | |
| Frequência: a cada atendimento. | |
| Materiais: Detergente enzimático, gaze, compressa cirúrgica, óleo lubrificante, algodão e papel grau cirúrgico, saco plástico | |
| Passos | Ação |
| 1º | Envolver as canetas de alta e baixa rotação com uma gaze umedecida em detergente enzimático, diluído na proporção e pelo tempo indicado pelo fabricante. |
| 2º | Friccionar a gaze umedecida em detergente enzimático por todo o corpo das canetas por 30 segundos após o término do tempo preconizado pelo fabricante, |
| 3º | Lavar a cabeça da caneta de alta e baixa rotação com uma gaze ou escova umedecida em água e imergir seu corpo em água corrente para remoção do detergente enzimático, |
| 4º | Secar das canetas com compressa cirúrgica, |
| 5º | Aplicar dois jatos de lubrificante na caneta de alta rotação, contra ângulo e micromotor |
| 6º | Encaminhar os artigos para a área de embalagem e esterilização. |
| Obs: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Acionar o sistema de água/ar por 30 segundos, antes do encaixe das canetas• Alguns fabricantes recomendam lubrificar também depois de esterilizado, mas para isso é necessária uma lata de lubrificante diferente (área limpa) para não contaminar o que foi esterilizado. | |

19.2.3. Rotina para limpeza e desinfecção de escova sintética

| Objetivo: manter os materiais de limpeza livre de sujidades e micro-organismos. | |
|---|---|
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais necessários: detergente líquido, luvas de borracha, avental e água sanitária | |
| Frequência: sempre após o uso. | |
| Passos | Ação |
| 1º | Higienizar as mãos. |
| 2º | Calçar as luvas de borracha e colocar o avental. |
| 3º | Lavar as escovas com solução de detergente líquido. |
| 4º | Imergir as escovas em solução de água sanitária por 30 min. |
| 5º | Enxaguar tantas vezes quantas forem necessárias. |
| 6º | Colocar para secar. |
| 7º | Lavar as luvas antes de retirá-las. |
| 8º | Higienizar as mãos. |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

19.2.4. Rotina para limpeza e desinfecção de bucha sintética

| Objetivo: Garantir a limpeza, assepsia e organização dos materiais e produtos a serem utilizados no processo de limpeza dos instrumentais | |
|--|------------------------------------|
| Executores: Auxiliar de saúde bucal | |
| Materiais: Esponja sintética e sabão | |
| Utilização: Usada na limpeza | |
| Passos | Ação |
| 1º | Após o uso lavar com água e sabão; |
| 2º | Troca semanal com registro |

19.3. Rotina para a área limpa

19.3.1. Acondicionamento dos artigos a serem esterilização em autoclave com o uso de indicadores químicos internos e externos

| Objetivo: Manter a esterilidade, assegurando a existência de barreira física eficiente à penetração de micro-organismos após a esterilização, garantir a rastreabilidade, identificar os pacotes de esterilização permitindo separar os que passaram pelo processo de esterilização daqueles que não foram processados (esterilizados). | |
|--|---|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais: Papel grau cirúrgico, fita de autoclave, indicadores químicos, caneta, materiais, instrumentais, seladora, luvas de procedimento. | |
| Frequência: A cada processo. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Higienizar as mãos. |
| 2º | - Calçar as luvas de procedimento |
| 3º | - Embalar em papel grau cirúrgico os kits de instrumentais, materiais e canetas de alta e baixa rotação com legenda contendo as descrições dos kits previamente registrados à parte, respeitando a rotina de uso. |
| 4º | Em cada ciclo deverá ser colocado o indicador químico interno na bandeja considerada mais crítica |
| 5º | - Colocar um pedaço da fita de autoclave como indicador químico externo para vapor na parte externa de todos os pacotes ou usar o indicador da própria embalagem. |
| 6º | - Remover o ar do interior dos pacotes antes da selagem e selar o papel grau cirúrgico. |
| 7º | - Tesoura e outros materiais articulados devem ser colocados abertos na embalagem para que o agente esterilizante atinja as áreas críticas do artigo. |
| 8º | - Identificar as embalagens com data de esterilização, data validade, número do lote e nome do funcionário. A identificação deve ser feita na borda do pacote e não sobre a fita. |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

OBS:

Rastreabilidade: capacidade de traçar o histórico do processamento do produto para saúde e da sua utilização por meio de informações previamente registradas.

Todos os artigos termo resistentes devem ser autoclavados, inclusive brocas. Alta rotação e micromotor também devem ser autoclavados no mínimo a cada período após serem bem lubrificados para não danificar os rolamentos e no momento de sua utilização lubrificar novamente. Verificar antes a existência do símbolo que identifica se o produto pode ser autoclavado.

19.3.2. Carregamento da autoclave

| Objetivo: Assegurar a perfeita esterilização dos artigos por meio da adequada circulação do agente esterilizante (vapor saturado sob pressão) na câmara. | |
|--|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais: Água destilada, materiais, instrumentais e canetas de alta e baixa rotação embalados, identificados, com indicadores químico interno e externo presentes na embalagem ou com fita autoclave. | |
| Frequência: A cada processo. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Higienizar as mãos. |
| 2º | - Colocar água destilada na quantidade recomendada pelo fabricante da autoclave |
| 3º | - Carregar a autoclave, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara de forma a assegurar a circulação do vapor e a penetração deste nos pacotes; <ul style="list-style-type: none">• Não empilhar os pacotes;• Não encostar os pacotes nas paredes da câmara;• Colocar os pacotes maiores em cima e os menores embaixo;• Artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo;• Deixar um espaço mínimo de 2 cm entre um pacote e outro; |
| 4º | - Dispor os pacotes em pé, com o auxílio de um suporte, atentando para que, no caso de papel grau cirúrgico, a parte de papel dos pacotes esteja voltada para o plástico de outro pacote e para que os mesmos não se toquem; |
| 5º | - Na falta do suporte os pacotes devem ser colocados deitados com o plástico voltado para baixo, sem se sobreporem; |
| 6º | - Higienizar as mãos; |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.


19.3.3. Esterilização em autoclave

| Objetivo: Promover a eliminação dos micro-organismos viáveis a um nível de segurança. | |
|---|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais necessários: formulário para registro dos lotes de esterilização e resultados dos indicadores de qualidade, materiais embalados e máscara. | |
| Frequência: A cada processo | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Fechar a porta da autoclave, após seu carregamento conforme orientação específica; |
| 2º | - Efetuar a esterilização acompanhando as especificações do manual de cada autoclave para tempo, temperatura e pressão, observando e registrando os dados do manômetro, manovacuômetro e termômetro; |
| 3º | - Depois de terminado o ciclo, aguardar a saída do vapor (manovacuômetro vai à zero); |
| 4º | - Entreabrir a porta e aguardar o material esfriar (caso a autoclave não realize a secagem fechada); |
| 5º | - Colocar a máscara; |
| 6º | - Higienizar as mãos; |
| 7º | - Retirar os materiais; |
| 8º | - Verificar se todos os indicadores mudaram de coloração de modo uniforme e de acordo com o padrão; |
| 9º | - Após o esfriamento do material, encaminhá-lo para armazenagem ou uso acondicionado em recipiente ou estojo de tampa fechada, específico para o instrumental esterilizado; |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

Não retirar pacotes úmidos da autoclave. Se os mesmos ficarem úmidos, deve-se verificar se não está ocorrendo falha técnica ao carregar a autoclave (posição dos pacotes, quantidade dos mesmos...), ou água destilada na autoclave em excesso, entre outros. Se a técnica estiver correta, chamar a manutenção para verificação da autoclave.

19.3.4. Rotina para o monitoramento químico interno do pacote

| | |
|--|--|
| Objetivos: Avaliar o tempo de exposição, temperatura e presença de vapor, no interior das embalagens. Permite ainda detectar tamanho ou densidade inadequados do pacote e carga muito compactada. | |
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais necessários: Luvas de procedimento, artigos a serem esterilizados, embalagens para esterilização com indicador químico de processo, indicador integrador ou emulador e caneta. | |
| Frequência: Em cada ciclo no pacote considerado mais crítico de artigos a serem esterilizados | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Higienizar as mãos; |
| 2º | - Calçar as luvas de procedimento; |
| 3º | - Separar artigos e embalagem e iniciar a confecção do pacote; |
| 4º | - Separar o teste integrador ou emulador;  |
| 5º | - Registrar, com caneta, no verso do indicador químico: lote e data da esterilização (a mesma da ficha de registro). Ex. lote 5, 12/03/11 (no integrador deve ser na frente); |
| 6º | - Colocar o indicador químico dentro do pacote crítico, juntamente com o material; |
| 7º | - Fechar a embalagem com o auxílio de seladora; |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

19.3.5. Rotina para o registro do monitoramento físico, químico externo e interno da esterilização a vapor

| | |
|--|---|
| Objetivo: Monitorar a efetividade da esterilização a vapor. | |
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais necessários: Formulário para registro do indicador químico e caneta | |
| Frequência: A cada ciclo. | |
| Passos | Ação |
| 1º | Registrar em formulário próprio a rotina e os parâmetros físicos da esterilização: data, horário inicial do ciclo e final (secagem), número do lote (contínuo), material a ser esterilizado, temperatura máxima, pressão, assinatura do responsável pelo ciclo. |
| 2º | Colar no mesmo formulário uma parte da fita indicadora química externa, comprovando que os pacotes passaram pelo processo de esterilização. |
| 3º | Grampear no mesmo formulário uma tira do indicador químico interno utilizado, comprovando que o tempo, temperatura e pressão do processo foram adequados. |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.



19.3.6. Rotina para o monitoramento biológico da autoclave

a) Pacote-desafio para teste biológico em autoclave

| | |
|---|--|
| Objetivo: Preparar pacote-desafio para realização do teste de eficácia de esterilização. | |
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais necessários: Pacote de instrumental mais denso e de maior dimensão dentre os que são usualmente esterilizados, um frasco de indicador biológico, fita de autoclave e caneta. | |
| Frequência: Semanalmente | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Higienizar as mãos. |
| 2º | - Separar todo o material necessário à montagem do pacote para o teste biológico. |
| 3º | - Registrar no rótulo do frasco do indicador, o lote de esterilização e a data do teste. |
| 4º | - Preparar o instrumental dentro do pacote-desafio. |
| 5º | - Colocar o indicador junto do instrumental, no centro geométrico do pacote. |
| 6º | - Selar a embalagem de papel grau cirúrgico. |
| 7º | - Encaminhar para a realização do teste biológico. |
| 8º | - Higienizar as mãos. |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

b) Monitoramento biológico da autoclave e registro

| Objetivo: Avaliar o funcionamento da autoclave. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------|-----------|----------|-----------|--------------|------|---------|----------|------------------|------|------|-----------|---------|---------|-----------|---------|------|-----------|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiais necessários: Luvas de procedimento, um pacote-desafio com 1 ampola de teste biológico, embalado de acordo com o padronizado para o serviço, 1 ampola de teste biológico a ser empregada como controle, incubadora, caneta e formulário para registro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frequência: Semanal. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Passos | Ação | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º | - Higienizar as mãos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2º | - Calçar as luvas de procedimento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3º | - Colocar o pacote-desafio horizontalmente dentro da câmara da autoclave junto ao dreno e carregá-la com os demais pacotes de artigos a serem esterilizados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4º | - Fechar a porta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5º | - Iniciar o ciclo de esterilização. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6º | - Aguardar a conclusão do ciclo e o resfriamento da câmara da autoclave. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7º | - Retirar o pacote-desafio da autoclave juntamente com os demais pacotes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8º | - Retirar a ampola processada do pacote-desafio, encaixá-la numa das cavidades da incubadora e incliná-la de modo a quebrar vidro de seu interior. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9º | - Colocar na incubadora a ampola controle de indicador biológico (não esterilizado), do mesmo lote de fabricação da usada no pacote-desafio, quebrando o tubo de vidro de seu interior. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10º | - Registrar no formulário próprio o teste em andamento, anotando data, lote de esterilização, tempo, temperatura e pressão do ciclo, horário da incubação e nome do responsável pelo teste. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11º | - Descartar as luvas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12º | - Higienizar as mãos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13º | - Registrar o resultado do teste na mesma linha onde este foi anotado, incluindo dia e horário da leitura final, bem como o resultado para cada ampola: Positivo (+) ou Negativo (-) e a conclusão do teste (aprovado ou reprovado). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14º | - Caso a ampola processada (ampola teste) fique amarela, indica que a autoclave não está esterilizando: resultado Positivo(+) (houve crescimento bacteriano).  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15º | - Caso a ampola processada (ampola teste) permaneça roxa, indica que a autoclave está esterilizando: resultado Negativo (-) (não houve crescimento bacteriano).  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16º | - Caso a ampola controle permaneça roxa, significa que houve algum problema com a ampola ou com a incubadora, pois, como não foi processada, ela deveria ficar amarela após a incubação (deveria ter havido crescimento bacteriano): resultado Negativo (-) (não houve crescimento bacteriano). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17º | - Fazer a Leitura de referência para avaliar aprovação do teste de acordo com a tabela abaixo: <table border="1" data-bbox="287 1489 1165 1668"> <thead> <tr> <th></th> <th>Teste</th> <th>Controle</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conformidade</td> <td>Roxo</td> <td>Amarelo</td> <td>Aprovado</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Não conformidade</td> <td>Roxo</td> <td>Roxo</td> <td>Reprovado</td> </tr> <tr> <td>Amarelo</td> <td>Amarelo</td> <td>Reprovado</td> </tr> <tr> <td>Amarelo</td> <td>Roxo</td> <td>Reprovado</td> </tr> </tbody> </table> | | Teste | Controle | Resultado | Conformidade | Roxo | Amarelo | Aprovado | Não conformidade | Roxo | Roxo | Reprovado | Amarelo | Amarelo | Reprovado | Amarelo | Roxo | Reprovado |
| | Teste | Controle | Resultado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conformidade | Roxo | Amarelo | Aprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não conformidade | Roxo | Roxo | Reprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Amarelo | Amarelo | Reprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Amarelo | Roxo | Reprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18º | - No caso de resultado reprovado relatar na planilha de registro dos ciclos da autoclave e chamar a manutenção. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19º | - Informar ao responsável pelo serviço para que sejam tomadas as medidas padronizadas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20º | - Interditar a autoclave e proceder ao rastreamento dos materiais desde a data do último teste. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21º | - Retirar esses materiais para novo processamento (desde a limpeza e acondicionamento até a re-esterilização). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná

Obs.: Após a utilização os frascos do teste biológico devem ser processados e descartados de acordo com a orientação do fabricante

19.4. Rotina para a limpeza, desinfecção e organização

19.4.1. Limpeza e desinfecção terminal da CME

| Objetivo: Controlar a disseminação de contaminação nas condutas clínicas, reduzir a transmissão de microrganismos de fontes conhecidas e não conhecidas, favorecer a segurança no trabalho, tanto para o profissional quanto para o paciente | |
|---|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal; Técnica de Enfermagem; Funcionário do Setor de Serviços Gerais | |
| Materiais: compressa cirúrgica limpa, água, sabão, álcool 70° e demais materiais necessários para desinfecção terminal preconizada no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde | |
| Frequência: Semanal | |
| Passos | Ação |
| 1° | - Fazer a limpeza semanal dos armários, mobiliários, gavetas, prateleiras, bancadas, pias, saboneteiras, papeleiras, ventiladores e equipamentos utilizando compressa cirúrgica embebido em água com sabão ou detergente para remover a sujeira. |
| 2° | - Fazer a remoção do sabão com outra compressa cirúrgica umedecida em água limpa. |
| 3° | - Secar com compressa cirúrgica limpa. |
| 4° | - Friccionar com álcool 70° para finalizar. |
| 5° | - Paredes, portas e janelas devem ser limpas semanalmente pela equipe responsável pela limpeza, seguindo a rotina de desinfecção terminal preconizada no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde. |
| 6° | Registrar a ação em planilha apropriada ou em caderno destinado a este fim. |
| Obs.: os primeiros itens, especificamente, ficarão a cargo das ASBs e técnica de enfermagem, o 5° item ficará a cargo da equipe responsável pela limpeza e o 6° item fica a cargo das três categorias. | |

Baseado do Manual da ANVISA: Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies.

19.4.2. Rotina para limpeza interna e externa da autoclave

| Objetivo: Realizar a limpeza da autoclave para prolongamento da sua vida útil. | |
|---|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de enfermagem | |
| Materiais necessários: Luvas de borracha, máscara, avental descartável, óculos compressa cirúrgica, baldes e escova com cerdas macias. | |
| Frequência: Semanal ou sempre que necessário. | |
| Passos | Ação |
| 1° | - Higienizar as mãos. |
| 2° | - Desligar a autoclave da rede elétrica e deixar esfriar. |
| 3° | - Preparar todo o material necessário para realização da limpeza. |
| 4° | - Colocar os EPI'S. |
| 5° | - Limpar a parte externa e interna da autoclave com compressa cirúrgica umedecida em solução de detergente líquido. |
| 6° | - Enxaguar com compressa cirúrgica umedecida em água, repetir o processo quantas vezes forem necessárias até retirar todos os resíduos do produto. |
| 7° | - Secar com compressa cirúrgica limpa e seca as superfícies interna e externa da autoclave. |
| 8° | - Organizar o material utilizado em seus devidos lugares conforme rotina do serviço. |
| 9° | - Lavar as luvas antes de retirá-las, retirar os demais EPI'S. |
| 10° | - Fazer a limpeza e a desinfecção dos óculos e luvas de borracha. |
| 11° | - Higienizar as mãos. |

Adaptado de Controle de Infecção e Biossegurança – CRO do Paraná.

19.4.3. Organização diária da CME



| Objetivo: Realizar a organização da sala da CME. | |
|--|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Frequência: Diariamente. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Manter superfícies limpas. |
| 2º | - Verificar se há objetos a serem guardados sobre a mesa. |
| 3º | - Guardar materiais esterilizados no armário adequado. |
| 4º | - Não deixar materiais limpos sem embalar. |
| 5º | - Desligar as autoclaves no final do dia. |
| 6º | - Verificar com demais profissionais antes de desligar a seladora. |
| 7º | - Desligar a seladora após o uso |

19.5. Rotina para registro de manutenção preventiva / corretiva

| Objetivo: Permitir o funcionamento correto dos aparelhos e aumentar a vida útil dos mesmos. | |
|---|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal, Cirurgião Dentista e Técnico da Manutenção | |
| Materiais: Formulários próprios | |
| Frequência: manutenção preventiva: no mínimo anual; manutenção corretiva: sempre que necessário. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Solicitar revisão e calibração periódica dos equipamentos a título de manutenção preventiva. |
| 2º | - Manter evidência documentada e atualizada anualmente das manutenções preventivas (laudo técnico) arquivada para comprovação das mesmas. |
| 3º | - Enviar e-mail ao departamento de saúde bucal sempre que houver necessidade de manutenção corretiva, especificando o problema encontrado, identificação do aparelho e local da instalação do mesmo. |
| 4º | - Colar cópia do e-mail em caderno destinado a este fim. |
| 5º | - Solicitar ao técnico, quando da sua visita, que registre a data da manutenção corretiva, com descrição do serviço realizado e informações sobre peças possivelmente trocadas. |
| 6º | - Descrever o resultado da avaliação dos parâmetros físicos realizados após a intervenção em autoclave e complementar com indicadores químicos e biológicos, quando indicado. |

Baseado na **RDC 15/2012 – ANVISA**

19.6. Teste biológico após conserto da autoclave

| Objetivo: Avaliar o funcionamento da autoclave depois de consertada, liberando-a para o uso após confirmação de <u>negatividade do teste</u> . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|-----------|----------|-----------|--------------|------|---------|----------|------|------|-----------|------------------|---------|---------|-----------|---------|------|-----------|
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal; Técnica de Enfermagem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Materiais necessários: Luvas de procedimento, um pacote-desafio com 1 ampola de teste biológico, embalado de acordo com o padronizado para o serviço, 1 ampola de teste biológico a ser empregada como controle, incubadora caneta e formulário para registro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frequência: Após conserto da autoclave. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Passos | Ação | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º | Higienizar as mãos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2º | Calçar as luvas de procedimento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3º | Colocar o pacote-desafio horizontalmente dentro da câmara da autoclave junto ao dreno e carregar a autoclave com os demais pacotes de artigos a serem esterilizados (opcional). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4º | Fechar a porta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5º | Iniciar o ciclo de esterilização. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6º | Aguardar a conclusão do ciclo e o resfriamento da câmara da autoclave. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7º | Retirar os pacotes esterilizados juntamente com o pacote-desafio no ciclo de avaliação do conserto e mantê-los em quarentena, ou seja, só poderão ser liberados para uso após a conclusão do teste. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8º | Retirar a ampola processada do pacote-desafio e encaixá-la uma das cavidades da incubadora e incliná-la de modo a quebrar vidro de seu interior. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9º | Colocar na incubadora a ampola controle de indicador biológico (não esterilizado), do mesmo lote de fabricação da usada no pacote-desafio, quebrando o tubo de vidro de seu interior. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10º | Registrar no formulário próprio o teste em andamento, anotando data, lote de esterilização, tempo, temperatura e pressão do ciclo, horário da incubação e nome do responsável pelo teste. Anotando no campo observação que este teste foi realizado após conserto da autoclave. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11º | Descartar as luvas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12º | Higienizar as mãos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13º | Registrar o resultado do teste na mesma linha onde este foi anotado, incluindo dia e horário da leitura final, resultado para cada ampola: Positivo (+) ou Negativo (-) e a conclusão do teste (aprovado ou reprovado). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14º | Caso a ampola processada (ampola teste) fique amarela, indica que a autoclave não está esterilizando: resultado Positivo (+) (houve crescimento bacteriano).  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15º | Caso a ampola processada (ampola teste) permaneça roxa, indica que a autoclave está esterilizando: resultado Negativo (-) (não houve crescimento bacteriano).  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16º | Caso a ampola controle permaneça roxa, significa que houve algum problema com a ampola ou com incubadora, pois, como não foi processada, ela deveria ficar amarela após a incubação (deveria ter havido crescimento bacteriano): resultado Negativo (-) (não houve crescimento bacteriano). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17º | Fazer a Leitura de referência para avaliar aprovação do teste de acordo com a tabela abaixo <table border="1" data-bbox="231 1568 1109 1758"> <thead> <tr> <th></th> <th>Teste</th> <th>Controle</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Conformidade</td> <td>Roxo</td> <td>Amarelo</td> <td>Aprovado</td> </tr> <tr> <td>Roxo</td> <td>Roxo</td> <td>Reprovado</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Não conformidade</td> <td>Amarelo</td> <td>Amarelo</td> <td>Reprovado</td> </tr> <tr> <td>Amarelo</td> <td>Roxo</td> <td>Reprovado</td> </tr> </tbody> </table> | | Teste | Controle | Resultado | Conformidade | Roxo | Amarelo | Aprovado | Roxo | Roxo | Reprovado | Não conformidade | Amarelo | Amarelo | Reprovado | Amarelo | Roxo | Reprovado |
| | Teste | Controle | Resultado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conformidade | Roxo | Amarelo | Aprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Roxo | Roxo | Reprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não conformidade | Amarelo | Amarelo | Reprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Amarelo | Roxo | Reprovado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18º | Se o resultado continuar reprovado relatar na planilha de registro dos ciclos da autoclave e chamar novamente a manutenção. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19º | Informar ao responsável pelo Serviço para que sejam tomadas as medidas padronizadas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20º | Manter a interdição da autoclave | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21º | Interditar os pacotes que estavam em quarentena | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22º | Retirar esses materiais para novo processamento (desde a limpeza até a re-esterilização). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

Obs.: Após a utilização os frascos do teste biológico devem ser processados e descartados de acordo com a orientação do fabricante

19.7. Armazenamento dos artigos esterilizados

| Objetivo: Manter a esterilidade dos artigos. | |
|--|--|
| Executores: Auxiliar de Saúde Bucal e Técnica de Enfermagem | |
| Materiais necessários: Caixas plásticas com tampa, armários para a guarda de artigos esterilizados. | |
| Frequência: A cada processo. | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Estocar os artigos esterilizados em local exclusivo e de acesso restrito. |
| 2º | - Manusear os pacotes esterilizados o mínimo possível e com muito cuidado, pois a manutenção da esterilidade é evento dependente. |
| 3º | - Armazenar os pacotes esterilizados por data de validade. |
| 4º | - Manter o armário limpo e organizado. |
| 5º | - O armário deve ser revisado semanalmente verificando sinais de infiltração, presença de insetos, pacotes danificados, com sinais de umidade, prazo de validade da esterilização vencido (7 dias), etc. Quando houver necessidade de re-esterilização de pacotes armazenados, os mesmos deverão ser reprocessados previamente à re-esterilização. |
| 6º | Registrar a ação em planilha apropriada ou em caderno destinado a este fim. |

Adaptado de **Controle de Infecção e Biossegurança** – CRO do Paraná.

20 - Normas e Rotinas para o Gerenciamento de Resíduos Odontológicos

20.1. Justificativa

Os resíduos sólidos de saúde são aqueles definidos como resultantes de atividades exercidas nos estabelecimentos que prestam serviços de saúde, compreendendo: hospitais, clínicas médicas, ambulatórios, farmácias, laboratórios, clínicas odontológicas, entre outros (NBR 12807 – ABNT, 1993).

O gerenciamento de risco de resíduos implica no conjunto articulado de ações normativas, operacionais, financeiras e de planejamento baseadas em critérios sanitários, ambientais, sociais, políticos, técnico, educacionais, culturais, estéticos e econômicos para a geração, manejo, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos. Este processo impede ou minimiza os diversos efeitos causados pelos resíduos, do ponto de vista sanitário, ambiental e ocupacional, sempre que realizado racional e adequadamente. As legislações ambientais, vem evoluindo e fiscalizando a fim de coibir severamente o não cumprimento da prática de gerenciamento de resíduos.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em Odontologia é planejado e implementado com embasamento científico e, alicerçado nas normas vigentes. Este direciona os procedimentos relacionados à gestão dos resíduos e objetiva: tornar mínimo a sua produção, o encaminhamento seguro e eficaz dos resíduos gerados, a promoção da saúde ocupacional dos envolvidos na sua manipulação, a minimização de riscos e, preservar a saúde pública e do meio ambiente. Essas normas visam orientar a implantação, a implementação e o acompanhamento de normas adequadas de manejo e controle dos riscos decorrentes deles. Portanto, é necessário que seja abrangente e extensivo à todas as fontes geradoras (serviços de saúde, universidades, entre outras).

O entendimento sobre o risco potencial que os resíduos odontológicos apresentam, aponta o quanto é necessário um adequado gerenciamento deste. Entre as principais classes de

resíduos sólidos de saúde em odontologia estão as substâncias químicas e os materiais (biológicos, radioativos, entre outros) usados em serviços odontológicos. O risco de contaminação através do contato com resíduos perfurocortantes, das culturas microbiológicas ou de substâncias ricas em metais pesados é elevado, desde o momento da geração, do acondicionamento e do descarte, até sua coleta e destinação final.

Esse manual de normas e rotinas deverá ser atualizado anualmente ou sempre que houver alteração na rotina de trabalho. A cada atualização deverá ser feita reunião, registrada em ata, com todos os funcionários envolvidos para tomar conhecimento das mudanças e receber capacitação adequada.

20.2. Resíduos produzidos em decorrência do atendimento odontológico





GRUPO A – Resíduo Infectante: são aqueles que com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

GRUPO B – Resíduos químicos: são aqueles que contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade, resíduos de saneantes, desinfetantes, resíduos contendo metais pesados, resíduos de amálgama, anestésicos, medicamentos vencidos e outros.

GRUPO D – Resíduos comuns: são aqueles que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. São potencialmente recicláveis.

GRUPO E – Materiais perfurocortantes: agulhas descartáveis, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, instrumentais quebrados e outros.

20.3. Tipos de resíduos odontológicos gerados e quantidade por grupo

| Grupo | Simbologia | Sala Clínica | CME | Almoxarifado | Total |
|----------------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| A = Biológico |  | ----- litros | ----- litros | ----- | ----- litros |
| B = Químico |  | -----litros | ----- | ----- litros | ----- litros |
| D = Comum |  | -----litros | -----litros | -----litros | ----- litros |
| E = Perfurocortante |  | -----litros | ----- | -----litros | ----- litros |

O volume deverá ser levantado por setor, calculando-se o número de sacos de lixo de acordo com o volume preenchido, em litros, gerados por dia, sendo que a média diária foi feita tendo em vista a quantificação executada em sete dias consecutivos.

20.4. Descrição das etapas do gerenciamento para cada grupo de resíduos

20.4.1. Segregação, acondicionamento e identificação

Na sala clínica e na CME, enquanto pontos de geração de resíduos, devem ser observados, sempre que for o caso:

- Lixeira de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, resistente ao tombamento, com saco branco leitoso, identificada com simbologia e inscrição de substância infectante, para recolhimento do lixo do Grupo A – Lixo contaminado.
- Lixeira de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, resistente ao tombamento, com saco preto ou azul, identificada com simbologia correspondente, para recolhimento do lixo do grupo D – Lixo comum.
- Lixo gerado durante o atendimento de cada paciente:
 - ✓ Lixeira individual colocada no equipo, com saco impermeável, para recolhimento do material utilizado no paciente em atendimento e descartado imediatamente após sua saída, na lixeira do Grupo A.
 - ✓ Utilizar o papel grau cirúrgico do Kit de instrumental em uso no paciente em atendimento e descartado imediatamente após sua saída, na lixeira do Grupo A.
- Recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, identificados com simbologia de substância infectante, acrescido da inscrição de “PERFUROCORTANTE”, indicando o risco que apresenta o resíduo para recolhimento do lixo do Grupo E, inclusive, aquele que não foi utilizado, mas foi identificado como prazo de validade prestes ao vencimento.
- Três recipientes inquebráveis, de paredes rígidas e com tampa rosqueável destinados ao armazenamento dos seguintes resíduos: tubetes de anestésico, cápsulas de amálgama e sobras de amálgama sendo que nestes dois últimos deve

haver uma lâmina d'água recobrando os resíduos. Os recipientes devem estar identificados com simbologia do Grupo B e o tipo de resíduo nele contido e precisam ser armazenados de maneira segura.

Obs.: até a coleta dos frascos com resíduos químicos pela empresa especializada, o mesmo deve ficar armazenado no abrigo de resíduos com a devida identificação.

20.4.2. Rotina para busca ativa e reposição de produtos

| | |
|--|--|
| Objetivo: Remoção de insumos, medicamentos ou materiais perfurocortantes de uso odontológico, cujo prazo de validade esteja expirando; reposição mensal de insumos, medicamentos ou materiais perfurocortantes de uso odontológico. | |
| Executor: Auxiliar de Saúde Bucal / Cirurgião Dentista | |
| Materiais necessários: registro de busca ativa, caneta, formulário próprio para descarte, lixeiras apropriadas para o descarte. | |
| Frequência: Mensalmente | |
| Passos | Ação |
| 1º | - Na última semana do mês fazer busca ativa em todos os insumos, medicamentos ou materiais perfurocortantes <u>presentes</u> no consultório odontológico, em uso ou em estoque, para remoção daqueles cujo prazo de validade esteja expirando. |
| 2º | - Registrar a ação em planilha apropriada ou em caderno destinado a este fim. |
| 3º | - Os resíduos do grupo E devem ser descartados no recipiente rígido para esse tipo de lixo da sala clínica. |
| 4º | - Os medicamentos e insumos vencidos devem ser acondicionados em um recipiente à parte, identificados como vencidos e armazenados de acordo com a organização da US até o recolhimento pela empresa responsável. |
| 5º | - As embalagens externas desses medicamentos, se houverem, devem ser descaracterizadas (rasgadas ou cortadas) e descartadas juntamente ao lixo tipo D. |

20.4.3. Coleta, transporte interno e armazenamento externo

A coleta deve ser realizada em horários pré-estabelecidos:

- Após o término do atendimento matutino e após o término do atendimento vespertino.
- Se necessário, por estar a lixeira com mais de 2/3 de sua capacidade preenchida, a coleta pode ser realizada durante o expediente, porém, após o término do atendimento do paciente.
- O transporte interno deve seguir o preconizado no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde.

20.5. Coleta e transporte externo, tratamento e disposição final

Coleta e transporte externo, tratamento e disposição final devem seguir o preconizado no Manual de Normas e Rotinas da Unidade de Saúde.

21 - Protocolos de Fluxos

A Atenção Básica está organizada segundo os princípios do SUS que estabelecem que a saúde é um direito de todo cidadão, devendo ser prestada de forma integral, equânime e resolutiva. Para tanto se faz necessária sua organização enquanto porta de entrada do sistema, através de ações individuais e coletivas de prevenção, promoção e recuperação da saúde do usuário, bem como sua interligação com a Atenção Secundária, integração entre serviços de saúde e órgãos públicos e vínculo entre equipe e comunidade.

Cabe às equipes de saúde bucal presentes nas unidades básicas, a organização do atendimento de acordo com os princípios citados, a realidade local e a estrutura da unidade. O CEO consiste no local de referência de média complexidade dentro do SUS para Odontologia e pode refletir a resolutividade da Atenção Primária, apoiando a organização das ações e dos serviços de saúde bucal no âmbito da média complexidade.

Para a interligação entre a Atenção Primária e a Atenção Secundária em odontologia devem ser considerados:

- Acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento;
- Sistema de referência, por meio do qual serviços não disponíveis na Atenção Básica sejam ofertados na Atenção Especializada;
- Encaminhamento eficiente e adequado com contrarreferência para a Atenção Primária ao término do tratamento especializado;
- Retorno facilitado à Atenção Secundária sempre que necessário.

O fluxo da atenção consiste em que os profissionais da Atenção Primária sejam responsáveis pelo primeiro atendimento, tratamento e encaminhamento dos casos mais complexos aos CEO através do preenchimento da guia de referência, bem como inserção do paciente na fila eletrônica. O paciente não pode ser referenciado ao CEO pelos profissionais do pronto atendimento odontológico, devendo dirigir-se à Unidade Básica de Saúde de sua respectiva área de abrangência para o devido acolhimento, atendimento e encaminhamento de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

No município de Uberaba o CEO tem como atribuição oferecer à população, minimamente, os serviços de: Estomatologia, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca; Periodontia; Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial; Endodontia; Odontopediatria e atendimento a Portadores de Necessidades Especiais, atuando inclusive

como suporte ao atendimento emergencial de traumas, celulite, flare-up, luxação da articulação temporomandibular, crianças de difícil manejo, pacientes especiais não colaborativos e outros que se fizerem necessários. O tratamento oferecido deve ser uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Básica, e Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

21.1. Cirurgia

21.1.1. Serviços Oferecidos

Cirurgia Buco-Dentária

- Retenções, inclusões ou impatações dentárias;
- Dessinserções de tecidos moles (inclusive Frenectomia);
- Exodontias complexas;
- Cirurgias ósseas com finalidade protética;
- Cirurgias de tecidos moles com finalidade protética;
- Cirurgias de lesões dentárias periapicais;

Patologia Cirúrgica

- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos ossos maxilares;
- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos tecidos moles da face;
- Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos de tecidos moles;
- Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intra-ósseos;
- Tratamento das sinusopatias maxilares de origem odontogênica;
- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos/neoplásicos das glândulas salivares;
- Tratamento clínico/ambulatorial das patologias das ATM.

Cirurgias de Buco-Maxilo-Faciais

- Cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais;
- Osteoplastias/osteotomias maxilares ambulatoriais.

21.1.2. Critérios para encaminhar

- a) Cabe ao cirurgião-dentista generalista (clínico geral) a seleção dos casos que serão encaminhados ao CEO. De maneira geral, os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivoestomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase, queilite angular. E nas ulcerações deve ser removido o agente causal como: arestas de dentes, raízes residuais e próteses mal adaptadas e reavaliar o caso antes do encaminhamento para a especialidade de cirurgia. Caso o serviço tenha capacitado os clínicos, as demais lesões devem ser diagnosticadas e podem ser tratadas.

-
- b) O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival).
 - c) Paciente que passou por um atendimento de urgência, com indicação cirúrgica, deve ser retirado previamente da condição aguda e posteriormente encaminhado em condições que atendam o item anterior.
 - d) Em algumas situações de urgência (por ex. luxação de articulação, traumas dentoalveolares), onde não haja estrutura para este atendimento na Unidade Básica, o paciente poderá ser encaminhado ao serviço especializado em cirurgia, sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal. Nesse caso, inserir o paciente na fila eletrônica e entrar em contato previamente com o Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.
 - e) Nos casos de apicectomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ter sido realizado previamente na especialidade de endodontia.

21.1.3. Critérios para não encaminhar:

- a) Exodontias simples;
- b) Raízes residuais simples;
- c) Casos de celulite devem ser resolvidos através das Unidades de Pronto Atendimento;
- d) Pacientes com processos inflamatórios pulpares e/ou periapicais em dentes adjacentes ao leito cirúrgico.

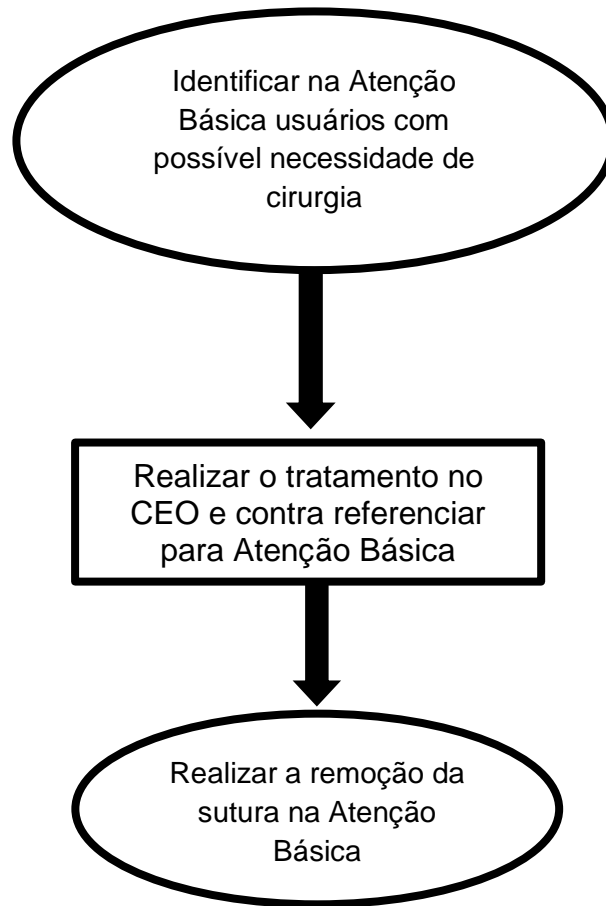
Observação:

Preencher devidamente a Guia de Referência.

21.1.4. Critérios para contrarreferência

- Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem com a guia de contrarreferência devidamente preenchida.
- O Cirurgião-dentista da UBS removerá os pontos das cirurgias realizadas no CEO, exceto, quando o dentista responsável orientar o paciente para retornar ao CEO para avaliação e retirada pelo próprio profissional.

21.1.5. Fluxograma de cirurgia oral menor



21.2. Endodontia

21.2.1. Serviços Oferecidos

- Biopulpectomia
- Necropulpectomia
- Retratamento de canal

21.2.2. Critérios para encaminhar

- a) Dentes permanentes;
- b) Dentes reimplantados ou que sofreram traumas;
- c) Terceiros molares, somente se tiverem acessibilidade para o tratamento, antagonista e/ou necessidade de que o mesmo seja mantido no arco dentário;
- d) Retratamento apenas para dentes com lesões ativas, que tenham fístula e sintomas;
- e) Remover a cárie do dente a ser tratado na Atenção Básica e verificar:
 - Se existe potencial de reversão do processo patológico; em caso positivo, realizar tratamento expectante na Atenção Básica;
 - Se a coroa clínica será restaurável após o tratamento endodôntico;
 - Se há condições de receber isolamento absoluto. Caso necessário, encaminhar previamente para o serviço de Periodontia para a realização de aumento de coroa clínica;
 - Se o dente necessitar de prótese (provisório, coroa ou prótese fixa) orientar o paciente mediante ciência assinada na Atenção Básica, que este tipo de prótese não está disponível no CEO e nem na UBS, portanto terá que ser realizado em serviço particular (que terá um custo).
- f) Dente com evidência clínica de abscesso com tumefação facial e/ou dor, deve-se realizar a devida intervenção e prescrição medicamentosa, se necessário, com o intuito de aliviar os sintomas do paciente antes de encaminhá-lo ao serviço especializado;
- g) O paciente deve ser encaminhado somente após o término do tratamento na Atenção Básica;
- h) Analisar com critério a oclusão ou a importância da presença dos dentes na cavidade oral, antes de encaminhar para o atendimento especializado;

-
- i) As urgências após o tratamento endodôntico devem ser encaminhadas diretamente para o especialista que realizou o tratamento;
 - j) Dentes com necrose, assintomáticos, restaurados e sem cárie não precisam ser abertos antes de encaminhar.

21.2.3. Critérios para não encaminhar:

- a) Dentes com o periodonto severamente agravado (com grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical);
- b) Dentes com envolvimento de furca ou coroa destruída abaixo do nível ósseo;
- c) Dentes com coroa destruída e sem condições de receber restauração em resina
- d) Retratamento de dentes com prótese – pinos e coroas;
- e) Retratamento de dentes assintomáticos;
- f) Pacientes que foram atendidos somente na urgência odontológica;
- g) Elemento dental com fratura vertical;

Obs.:

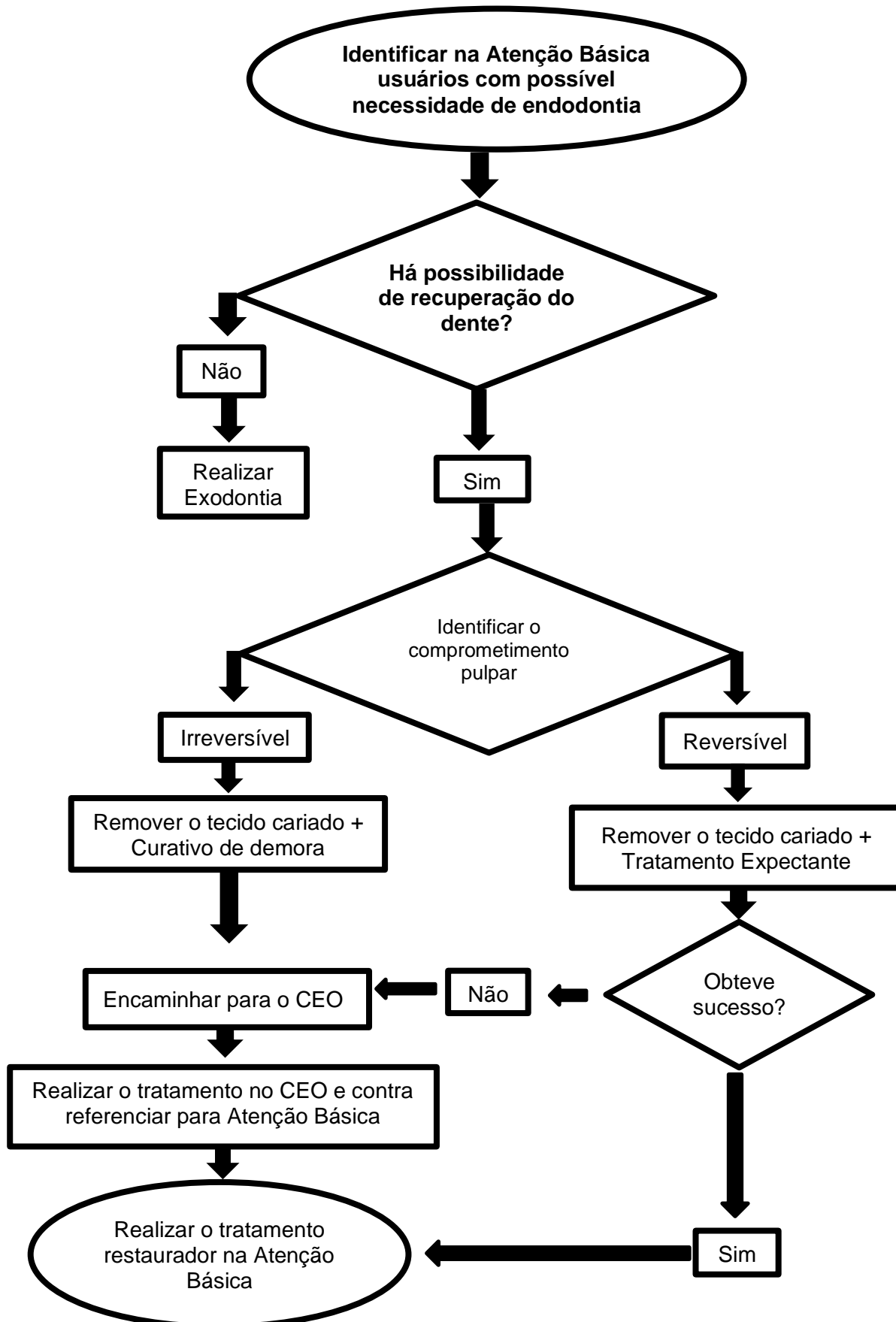
- Respeitar a vontade do paciente e encaminhar somente os interessados (mediante consentimento assinado);
- Preencher devidamente a guia de referência;
- Dentes de pacientes jovens devem ser restaurados com resina ou ionômero, mesmo se houver pouco remanescente até quem ele atinja a idade para confecção de prótese;
- Se houver pouco remanescente dental e o dente for estratégico, avaliar junto ao paciente a possibilidade de restaurá-lo na clínica particular;
- As intercorrências durante o tratamento endodôntico devem ser atendidas preferencialmente pelo endodontista.

21.2.4. Critérios para contrarreferência:

- Após o término do tratamento o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem, com a guia de contrarreferência devidamente preenchida e radiografia final;
- O paciente já deve estar com o dente preparado para a restauração final, sem seladão antes do selamento final (só rebaixar e restaurar).

Obs.: As consultas na A.P.S para a restauração do elemento dental encaminhado para realizar tratamento endodôntico no CEO, deverão ser garantidas sem a necessidade do usuário entrar em fila de espera.

21.2.5. Fluxograma de endodontia



21.3. Lesões de mucosa bucal e ossos maxilares

21.3.1. Serviços Oferecidos

- Biopsia de lesões;
- Tratamento de lesões benignas;
- Encaminhamento de lesões malignas para tratamento hospitalar;

21.3.2. Critérios para encaminhar

- a) Presença de lesão com suspeita de malignidade;
- b) Outras lesões persistentes ao tratamento prévio;
- c) Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, biópsia, exame histopatológico ou solicitação de outros exames complementares.
- d) Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentam-se como placas esbranquiçadas, áreas atróficas (avermelhadas) ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar (principalmente pessoas de pele clara) e que tenham acima de 40 anos de idade.
- e) Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.
- f) Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e enfartamento ganglionar.

21.3.3. Critérios para não encaminhar

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperkeratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento (no máximo 15 dias após a remoção da causa).

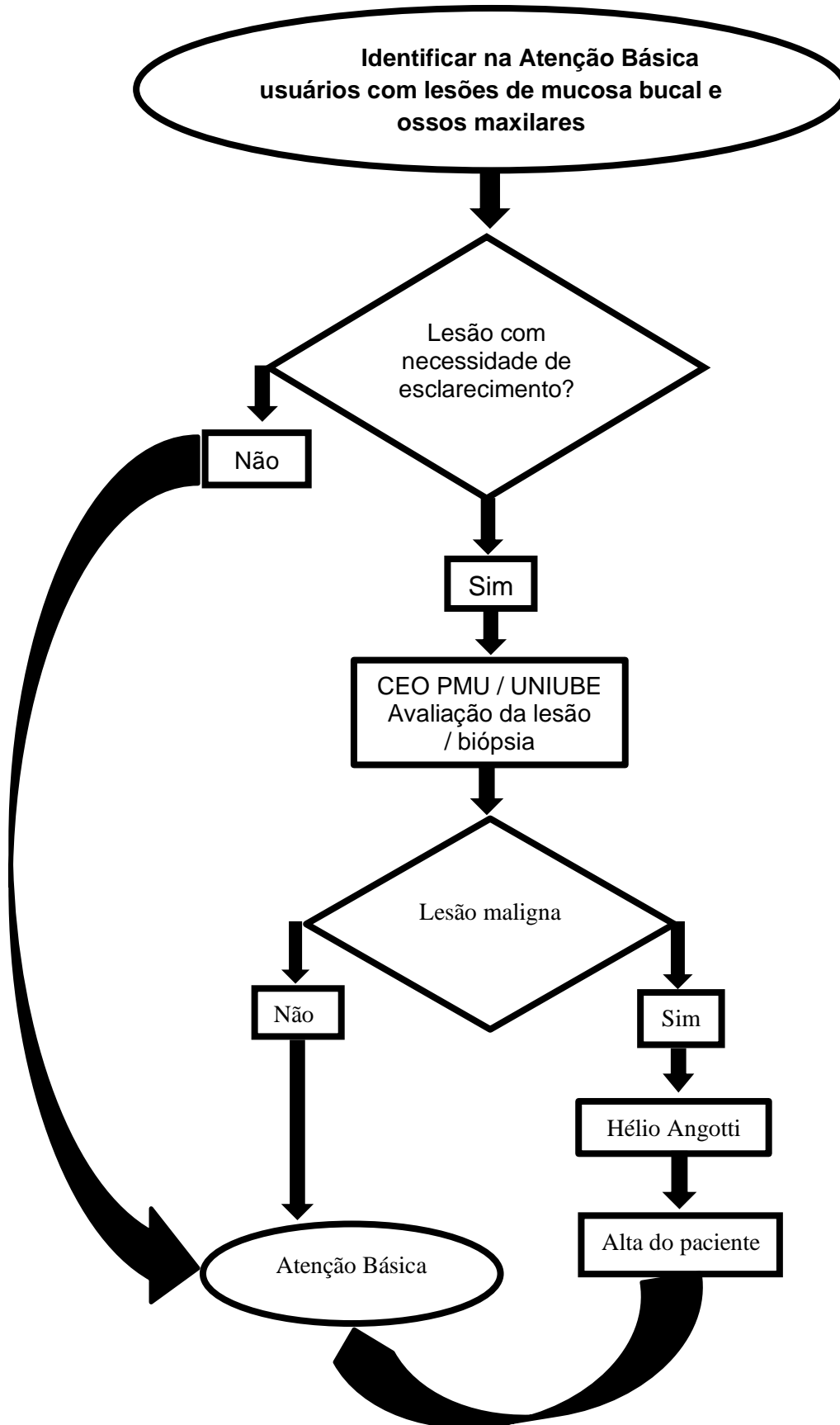
Obs.:

- Preencher devidamente a guia de referência;
- O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial ou suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento;
- Após realizado o tratamento o paciente deverá ser acompanhado anualmente na AB.

21.3.4. Critérios para contrarreferência:

Após o término do tratamento o paciente será encaminhado para a Unidade Básica de Saúde de origem, com a guia de contrarreferência devidamente preenchida para acompanhamento na Atenção Básica.

21.3.5. Fluxograma de Lesão de Mucosa Bucal e Ossos Maxilares



21.4. Odontopediatria

21.4.1. Serviço Oferecido

Atendimento odontológico a crianças que apresentam dificuldade de manejo.

21.4.2. Critérios para encaminhar

- a) Crianças em tenra idade (inferior a 03 anos) com necessidade de tratamento restaurador;
- b) Dentes decíduos com necessidade de realização de pulpectomia;
- c) Dentes decíduos com necessidade de realização de pulpotomia em pacientes não colaboradores;
- d) Grandes reabilitações – cáries rampantes;
- e) Crianças que ofereçam resistência ao tratamento odontológico na AP após duas tentativas de atendimento fracassadas e registradas na guia de referência;
- f) Pacientes de 10 a 12 anos que possuam dentes decíduos com indicação de endodontia devido à ausência do permanente sucessor.

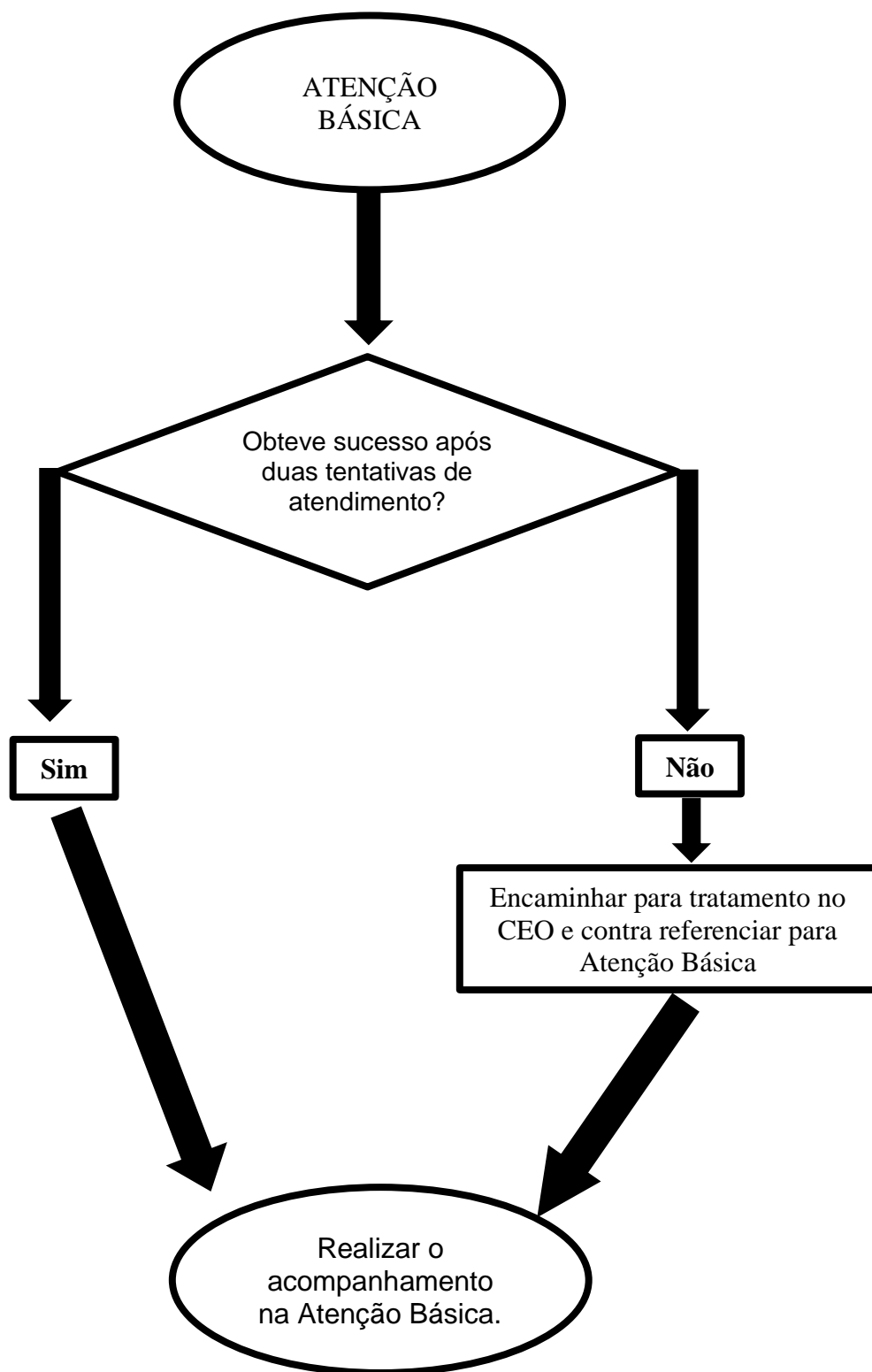
21.4.3. Critérios para não encaminhar

- a) Crianças, que embora estejam dentro da faixa etária estipulada, não apresentem problemas de resistência ao atendimento;
- b) Dente decíduo com indicação de pulpotomia, procedimento que deve ser realizado na atenção básica, inclusive casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar;
- c) Dente decíduo cujo dente permanente correspondente possua dois terços ou mais de raiz formada. Essa situação contraindica a realização do tratamento endodôntico;
- d) Dente decíduo em avançado estágio de reabsorção radicular. Essa situação contraindica a realização do tratamento endodôntico;
- e) Exodontias simples de dentes decíduos;

21.4.4. Critério para contrarreferência

Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para acompanhamento, com a guia de contrarreferência devidamente preenchida.

21.4.5. Fluxograma de odontopediatria



21.5. Pacientes com necessidades especiais

É todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, comportamental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

21.5.1. Serviços Oferecidos

- Procedimentos Individuais preventivos;
- Dentística básica;
- Odontologia cirúrgica básica;
- Procedimentos periodontais básicos;
- Procedimentos de urgência/emergência.

21.5.2. Critérios para encaminhar

- a) Pacientes que foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional; paciente submetido a duas tentativas sem sucesso de atendimento na AB;
- b) Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- c) Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento na AB;
- d) Pacientes com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não respondem a comandos, não cooperativos, após duas tentativas frustradas de atendimento na AB;
- e) Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física quando associada aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na AB;
- f) Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;

-
- g) Pacientes não colaboradores e/ou com comprometimento sistêmico severo, devem ser encaminhados para o CEO, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral;
 - h) Pacientes com distúrbio neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral);
 - i) Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na AB;
 - j) Pacientes autistas não colaborativos;
 - k) Pacientes com outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
 - l) Pacientes com outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

21.5.3. Critérios para não encaminhar:

Pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, hipertensos e cardiopatas compensados, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, poderão ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

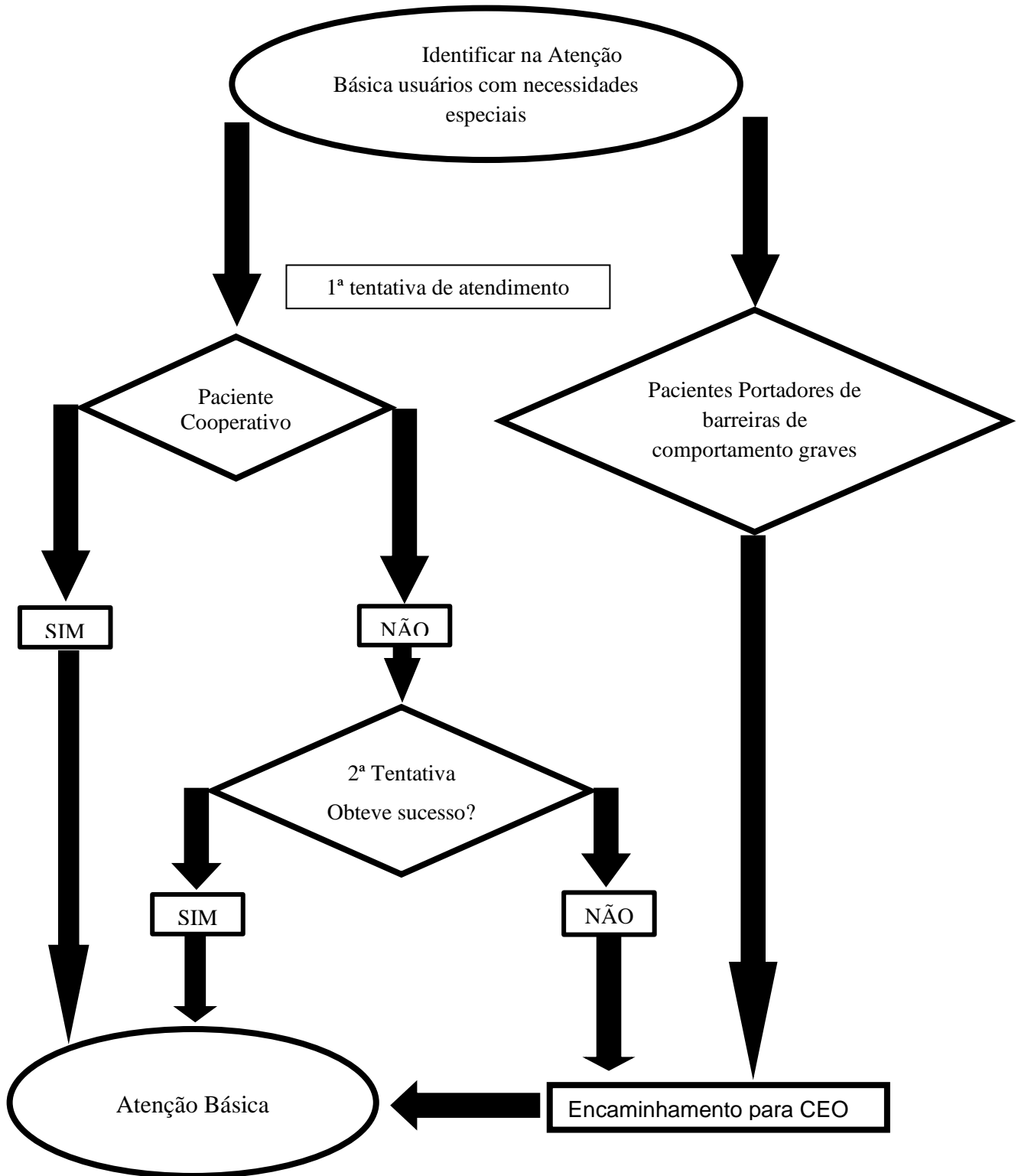
Obs.:

- Realizar duas tentativas de atendimento na atenção básica e só depois encaminhar para a atenção especializada;
- Pacientes portadores de barreiras comportamentais graves podem ser encaminhados diretamente para atenção especializada;
- Preencher devidamente a Guia de Encaminhamento, com as datas das tentativas de atendimento e a informação do tipo de deficiência/transtorno/comprometimento: mental, visual, auditiva, física e/ou sistêmica.

21.5.4. Critérios para contrarreferência

Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem, com a guia de contrarreferência, devidamente preenchida.

21.5.5. Fluxograma de pacientes com necessidades especiais



21.6. Periodontia

21.6.1. Serviços Oferecidos

- Raspagem e alisamento radicular subgingival (RASUB) de maior complexidade
- Cirurgia de acesso;
- Cirurgia de acesso com plastia de furca;
- Gengivectomia;
- Aumento de coroa clínica;
- Gengivoplastia;

21.6.2. Critérios para encaminhar

- Pacientes com periodontite com grau avançado (bolsas > 4mm) e pacientes com indicações de cirurgias periodontais e/ou com necessidade de tratamento especializado em periodontia.
- Aumento de volume gengival em pacientes com modificadores sistêmico-medicamentosos.

21.6.3. Critérios para não encaminhar

- a) Dentes com mobilidade vertical;
- b) Dentes com severa destruição coronária (com prognóstico desfavorável para reabilitação).

Obs:

- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, especialmente instruções de higiene bucal, profilaxia, controle da placa supra gengival). O tratamento periodontal agudo (drenagem de abscessos, Gengivite Necrosante Aguda, pericoronarite, prescrições terapêuticas) é de responsabilidade da Atenção Básica, podendo ter interconsulta para casos mais severos;
- Avaliar o grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento, após prestar informações sobre a doença e esclarecer suas causas, fatores e tratamento a ser realizado.
- A manutenção do tratamento realizado no CEO, deve ser feita na AB.

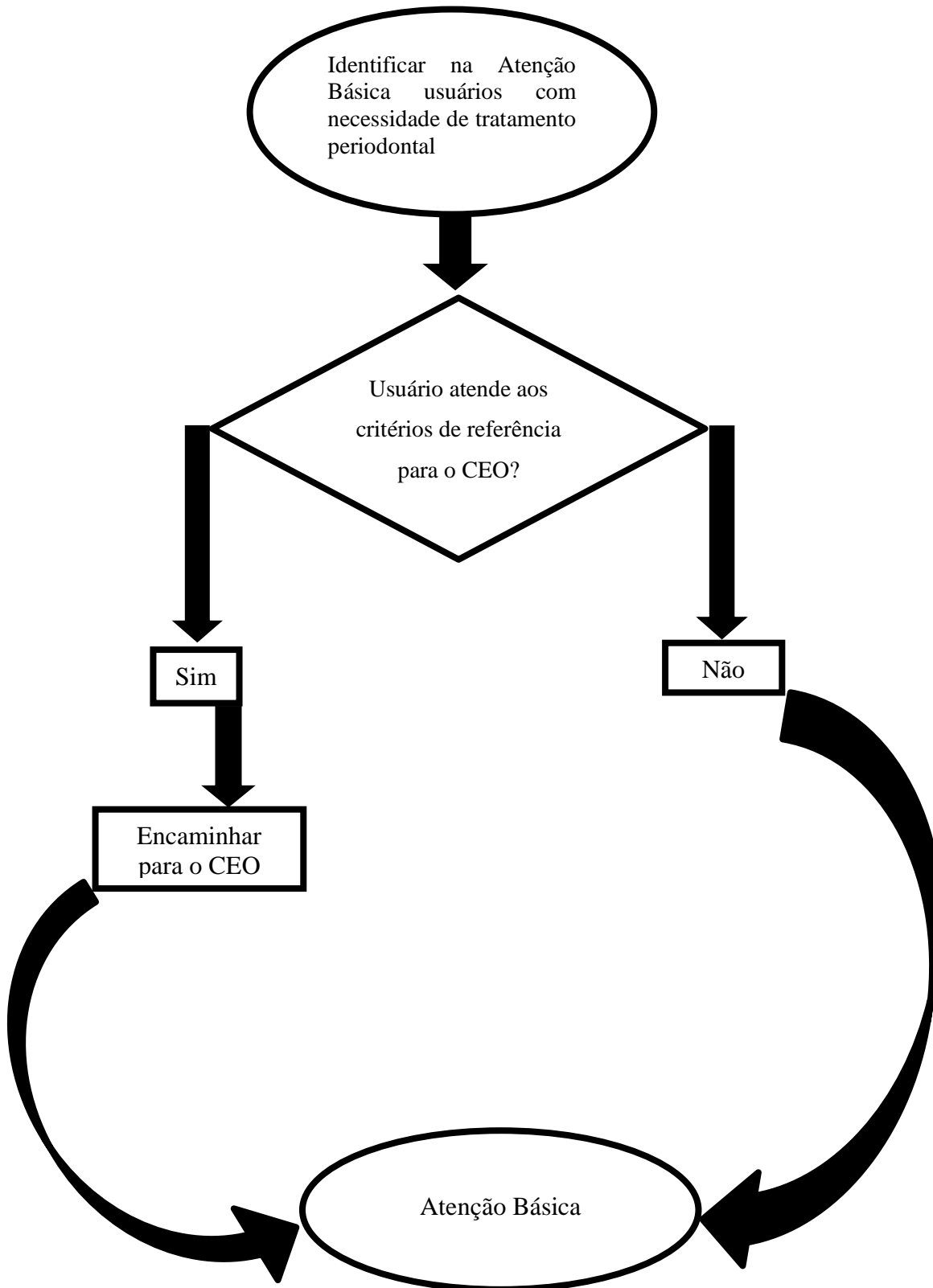
21.6.4. Critérios para contrarreferência

- O tratamento periodontal só deverá ser considerado finalizado após, pelo menos uma reconsulta para avaliação, em espaço de tempo definido pelo responsável pela periodontia e mantidas as condições de saúde periodontal.
- Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem, com a guia de contrarreferência devidamente preenchida (diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita).

Obs.:

- ✓ As consultas na A.P.S para manutenção periódica do tratamento periodontal, realizado no CEO, deverão ser garantidas sem a necessidade do usuário entrar em fila de espera

21.6.5. Fluxograma de periodontia



Referências Bibliográficas

1. AGOSTINI, Mariângela et al. *Fluorose Dentária: Uma Revisão da Literatura*. UFMG, 2011. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2969.pdf>. Acessado em 07 jun. 2019
2. AMARANTE, Maria Gabriela Resende, Izabel Cristina Rodrigues da Silva. *Gerenciamento dos Resíduos Sólidos Odontológicos: Legislação Versus Realidade*. Curso de Especialização em Vigilância Sanitária pela Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/GERENCIAMENTO%20DOS%20RESÍDUOS%20SÓLIDOS%20ODONTOLÓGICOS%20LEGISLAÇÃO%20VERSUS%20REALIDADE.pdf>. Acessado em 19 set. 2019.
3. ANDRADE, Eduardo Dias de. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 1998
4. ARAUJO, Luma Fernandes de. *Cárie Precoce da Infância: Uma Visão Atual em Odontopediatria*. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. S3, p. 106-114, out./dez. 2018. <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/download/2170/1836/>. Acessado em 6 jul. 2020
5. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de normas e rotinas técnicas – Central Distrital de Material Esterilizado SMSA/PBH*. Minas gerais. <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/esterilizacao.pdf>. Acessado em 16 set. 2019
6. BIASOLI, Eder Ricardo. *Roteiros de Aulas da Disciplina de Estomatologia*. Universidade Estadual Paulista Campus de Araçatuba – Faculdade de Odontologia 1ª edição 2015. https://drive.google.com/file/d/1f0Ovtr_KRvUrK7pmctcy8PDLBMsHtZS2/view?fbclid=IwAR3wPTyKY20xD7FiV6eaIgrRANt2mxSky5YsEEmjbnjxMieY0raG3GfEsRo. Acessado em 15 fev. 2019.
7. BIZERRIL, Davi Oliveira et al. *Papel Do Cirurgião Dentista nas Visitas Domiciliares: Atenção em Saúde Bucal*. <file:///C:/Users/lemes/Downloads/1020-7366-3-PB.pdf>. Acessado em 07 fev. 2019.
8. BORGHI, Gabriela Novo et al. *A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia*. RFO UPF vol.18 no.2 Passo Fundo Mai./Ago. 2013. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000200005. Acessado em 03 ago. 2020
9. BRASI, Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acessado em 15 fev. 2019.
10. BRASI, Ministério da Saúde. *Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília - DF 2016

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo a Passo Saude Bucal final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo%20a%20Passo%20Saude%20Bucal%20final.pdf). Acessado em 15 fev. 2019.

11. BRASI, Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília 2004.
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes da politica nacional de saude bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf). Acessado em 15 fev. 2019.
12. BRASI, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude bucal sistema unico saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acessado em 15 fev. 2019.
13. BRASIL, Agência Nacional de Saúde. *Manual de Conteúdo e Estrutura – Odontologia*. Brasília.
[http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano de saude e Operadoras/tiss/Padrao tiss/manual tiss odontologia.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/tiss/Padrao_tiss/manual_tiss_odontologia.pdf) . Acessado em 15 fev. 2019.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC n.º 306, de 07 de dezembro de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/10d6dd00474597439fb6df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+306,+DE+7+DE+DEZEMBRO+DE+2004.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 24 out. 2012.
15. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006
http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/manual_odonto.pdf. Acesso em 24 out. 2012.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente Higienização das Mãos*. Brasília: Ministério da Saúde.
[http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente hig maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf). Acessado em 20 set. 2019
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/manual_odonto.pdf. Acesso em 20 jul. 2015.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4ec6a200474592fa9b32df3fbc4c6735/M anual+Limpeza+e+Desinfeccao+WEB.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 04 ago. 2015.
19. BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderneta da Gestante*. Brasília: 2018
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acessado em: 16 maio 2019.
20. BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf. Acesso em 04 ago. 2015

21. BRASIL, Ministério da Saúde. *Nota Técnica. DF. 20 de agosto de 2015*. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2070>. Acessado em 07 fev. 2019.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (pet-saúde)*. DF: 2010. <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/44938-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude>. Acessado em 07 fev. 2019.
23. BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Bucal, *Caderno de Atenção Básica, nº 17*. Brasília – DF, 2008. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acessado em 07 fev. 2019.
24. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de AIDS: Manual de Condutas*. Brasília: Ministério da Saúde 2000. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/manual_odonto1.pdf. Acessado 20 set. 2019.
25. BRASILIA, Secretaria de Estado da Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde – Odontopediatria*. Brasília: 2017. <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/8.-Odontopediatria.pdf>. Acessado em 08 mar. 2019.
26. BRASILIA, Secretaria de Estado da Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde – Cirurgia Oral Menor*. Brasília: 2017. http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3.-Cirurgia_Oral_Menor.pdf. Acessado em 08 mar. 2019.
27. CALDEIRA, Celso Luiz. *Protocolo de Atendimento Dentes Traumatizados*. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Manualtrauma.pdf>. Acessado em 23/07/2019.
28. CAMPOS, Priscila Hernández de et al. *Dente Hipoplásico de Turner: Relato de Casos clínicos*. UNICSUL. São Paulo, 2015. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v20n1/a16v20n1.pdf>. Acessar em 14 maio 2019.
29. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO ODONTOLÓGICA. *PGRSS Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde*. Universidade Federal do Paraná Setor de Ciências da Saúde Curso de Odontologia. 2016 – 2017. http://www.saude.ufpr.br/portal/ccio/wp-content/uploads/sites/32/2017/01/PGRSS_2016-2017.pdf. Acessado em 19 set. 2019.
30. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA , *Código de Ética Odontológica* http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/manual_conduta_odonto.pdf. Acesso em 24 de out. 2012.
31. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. *A Organização da Agenda da Equipe da ESF Passo a Passo*. <http://www.conass.org.br/liacc/wp-content/uploads/2015/02/Oficina-5-A-ORGANIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-AGENDA-DA-EQUIPE-DA-ESF.pdf> . Acessado em 06 fev. 2019.

-
32. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PARANÁ. *Controle de Infecção e Biossegurança - Procedimentos Operacionais Padrão*. Paraná: Curitiba, 2010-2012. <http://www.cropr.org.br/uploads/arquivo/42cd1c7049af88dca8f9135d8c04b274.pdf>. Acesso em 21 jul. 2015.
33. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. *Diretrizes em Odontologia*. Minas Gerais: Belo Horizonte, 2011. <http://cromg.org.br/cartilhas-e-manuais/>. Acessado em 16 set. 2019.
34. CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO SENTENTRIÃO PARANAENSE. *Protocolo Integrado de especialidades Odontológicas*. http://www.cisamusep.org.br/arquivos/protocolo_cisamusep_2011.pdf. Acessado em: 5 fev. 2019.
35. COSTA, George Moreira. *Protocolo De Atenção À Saúde Bucal Para Gestantes na Equipe da Estratégia de Saúde da Família da “Casa Da Comunidade Serrinha” em Gouveia-Mg*. Curso De Especialização Em Atenção Básica Em Saúde Da Família Lagoa Santa/Minas Gerais 2014 UFMG _2012.pdf <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4307.pdf>. Acessado em: 18 abr. 2019.
36. COUTINHO, Amélia Alves do Nascimento. *A Ressignificação da Reunião de Equipe em uma ESF do Interior Paulista. O olhar do Facilitador em um Curso de Medicina que utiliza a Problematização como Metodologia Ativa de Ensino Aprendizagem*. Rede Humaniza SUS. Álvares Machado, SP:13 de mar. 2018. <http://redehumanizaus.net/a-ressignificacao-da-reuniao-de-equipe-num-esf-do-interior-paulista-o-olhar-do-facilitador-em-um-curso-de-medicina-que-utiliza-a-problematizacao-como-metodologia-ativa-de-ensino-aprendizagem/>. Acessado em 18 jun.2019.
37. COUTINHO, Lúcia. **Traumatismo nos Dentes de Leite**. Sociedade de Pediatria de São Paulo. <http://www.spsp.org.br/2012/12/13/traumatismo-nos-dentes-de-leite/>. Acessado em 05 abr. 2019.
38. ESPÍRITO SANTO, Núcleo de Telessaúde. *Qual conduta adotar em pacientes com Xerostomia?* Espirito Santo. 01 ago 2016 ID: sof-31817. <https://aps.bvs.br/aps/qual-conduta-adotar-em-pacientes-com-xerostomia/>. Acessado em 03 de ago. 2020.
39. ESTADO DE MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. *Análise da Atenção Básica à Saúde e Diagnóstico Local – Oficina 2 e 3*. Belo Horizonte: 2009.
40. FEIJÓ, Isadora da Silva et al. *Cárie e Dieta Alimentar*. Revista UNINGÁ Review, Vol.19, n.3, pp.44-50 (Jul - Set 2014). Marialva – PR. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/download/1551/1163>. Acessado em 14 jun. 2019
41. FERREIRA, Juliana Neves Baptista e al. *Manual de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular para Cirurgiões Dentistas do Município de São Paulo*. São Paulo, 2019. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf>. Acessado em 16 jul. 2020
-

-
42. FIGUEIREDO, Ana Cristina Roma. *Manual de Normas e Rotinas da CME/FAO. Belo Horizonte, 2018.* <https://www.odonto.ufmg.br/wp-content/uploads/2018/03/Manual-CME-2018.pdf>. Acessado em 19 set. 2019
43. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. *Normas e Rotinas de Processamento de Artigos e Superfícies Manual para a Rede Municipal de Saúde de Florianópolis.* Santa Catarina: Florianópolis, 2008. http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.50.39.d685b587076a7401197dd7a94b058abd.pdf. Acesso em 27 jul. 2015.
44. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Florianópolis.* Florianópolis: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf. Acessado em 06 fev. 2019.
45. FREIRE-MAIA Fernanda Bartolomeo Fernanda Morais Ferreira *Guia de Orientações Odontológicas para Bebês.* <https://www.odonto.ufmg.br/opo/wp-content/uploads/sites/6/2017/10/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-Odontol%C3%B3gicas%20para-Bebes-IMPRESSO.pdf>. Acessado em 28/06/2019.
46. GIROTTO, Leticia Cabrini. *Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde.* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-06122016-110709/es.php>. São Paulo: 2016. Acessado em 22 mar. 2019.
47. IMPARATO, J.C.P. *Anuário Odontopediatria Clínica: Integrada e Atual.* Vol. 1, n.1. São Paulo: Nova Odessa, 2015.
48. MACIEL, Jacques Antônio Cavalcante e al. *Educação Permanente em Saúde Para o Cirurgião Dentista da Estratégia Saúde da Família: Uma Revisão Integrativa.* Rev. APS. 2017 jul/set; 20(3): 414 - 422. <http://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15836>. Acessado em 07 fev. 2019.
49. MARQUES, Ana Margarida Jabali et al. *Protocolo Clínico e de Regulação Odontológico.* <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/protocolo/i16ind-protocolo.php> - Área da Saúde - Divisão Odontológica - Protocolo Clínico e de Regulação Odontológico. Acessado em 19 set. 2019.
50. MASSARA, Maria de Lourdes de Andrade. RÉDUA, Paulo César Barbosa. *Manual de Referências para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria.* <http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-19-Terapia-Pulpar-em-Dentes-Deciduos-e-Permanentes-Jovens.pdf>. Acessado em 12 abr. 2019.
51. MATOS, Angélica Aparecida. *Limitação De Abertura Bucal após Exodontias: Revisão de Literatura.* Universidade Estadual de Londrina. Londrina 2015. <http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2015/ANG%C3%89LICA%20APARECIDA%20MATOS.pdf>. Acessado em 16 jul. 2020.
52. MEDEIROS, Eduardo Alexandrino Servolo de; Stempliuk, Valeska de Andrade; Santi, Leandro Queiroz; Sallas, Janaína. *Uso Racional de Antimicrobianos para Prescritores.* São Paulo; Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública; Universidade Federal de São Paulo; 2008.

http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/rede_rm/cursos/atm_racional/inicio.htm. Acessado em 07 jul. 2020

53. MINAS GERAIS, Gerência de Vigilância Sanitária em Serviço de Saúde da Superintendência de Vigilância Sanitária da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Orientações para o Gerenciamento de Resíduos em Odontologia*. Belo Horizonte, 2011. <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Orientacoes%20para%20o%20gerenciamento%20de%20residuos%20odontologicos.pdf>. Acesso em 24 de out. 2012
54. MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução SES Nº 1559 DE 13 de agosto de 2008*. Belo Horizonte, 1008. http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1559.pdf. Acesso em 24 out. 2012.
55. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em Saúde Bucal*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 290 p. 1. Saúde bucal - Atenção primária. I. Título. www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1965.pdf. Acessado em 22 mar. 2019.
56. MIRANDA, Flávio Salomão. *Cirurgia em Odontopediatria*. <https://pt.slideshare.net/flavioes/cirurgia-em-odontopediatria>. Saúde e Medicina. 15 de junho de 2009.
57. MOREIRA, Alcides, Júlio César Leite Da Silva e Rodrigo Dalla Pria Balejo. *Protocolos Farmacológicos Recomendados Na Prática Odontológica. Conselho Regional de Odontologia do Mato Grosso do Sul*, biênio 2017 – 2019. <http://www.croms.org.br/sistema/upload/arquivos/CARTILHA%20FARMACOLOGICA%20ATUALIZADA.pdf>. Acessado em 16 jul. 2020.
58. NETO, Liberato Luiz de França. *Planejamento: Utilizando o Levantamento de Necessidades em Saúde Bucal para a Organização do Processo de Trabalho*. Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Odontologia. Belo horizonte: 2009. http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-97HLKJ/liberato_luiz_de_fran_a_netto.pdf?sequence=1. Acessado em 07 fev. 2019.
59. ODONTOBIO. *Odontologia e biossegurança*. Disponível em: <http://WWW.odontobio.kit.net>. Acesso em 24 out. 2012.
60. PASSOS, Isabela Albuquerque. *Defeitos do Esmalte: etiologia, características clínicas e diagnóstico diferencial*. Rev Inst Ciênc Saúde 2007; 25(2):187-92. https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/02_abr_jun/V25_N2_2007_p187-192.pdf. Acessado em 28/06/2019.
61. PAULINO, Janaina Aparecida. *Demanda Espontânea x Demanda Programática: lidando com a procura maior que a oferta*. Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. Conselheiro Lafaiete – MG: 2014. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5391>. Acessado em 06 fev. 2019.
62. PERES, M.A.; CURY, J.A. *Qualidade da Água para Consumo Humano e Concentração de Fluoreto*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol.45 nº.5, Out. 2011 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500018. Acessado em 06 fev. 2019.

-
63. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, *Manual de Biossegurança dos Ambulatórios da Faculdade de Odontologia da PUCRS*. Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2006. Disponível em <http://www.pucrs.br/uni/poa/odonto/manual.pdf>. Acesso em 24 out. 2012.
64. PREFEITURA BELO HORIZONTE. *Manual de Normas e Rotinas Técnicas Central distrital de material Esterilizado SMSA/PBH*. <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/esterilizacao.pdf>. Acesso em 24 out. 2012
65. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de Normas e Rotinas para o Processamento de Materiais de Enfermagem/Médico/Odontológico*. Campinas 2014. http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Esterilizacao_SMS_Campinas_versao_final_rev2015.pdf. Acessado em 19 set. 2019.
66. PREFEITURA MUNICIPAL DE TRÊS LAGOAS. *Protocolo Integrado de Saúde Bucal*. Três Lagoas – MS. 01 de set. 2017. <http://xsic.com.br/treslagoas/gestor/modulos/arquivos/organograma/64.pdf>. Acessado em 03 ago. 2020
67. RESES, Manoela de Leon Nobrega, Cirurgiã-dentista Consultora do Telessaúde - Núcleo SC. *Cuidado à Saúde Bucal da Gestante na Atenção Básica*. <http://telessaude.sc.gov.br> telessaude.sc@saude.sc.gov.br. Acessado em 22 mar. 2019
68. REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS. *A Importância dos Grupos de Educação Em Saúde Na Atenção Básica/Estratégia Saúde Da Família*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - FM/UFMG, v. 20, n. 2, Supl. 2, abr./jun. 2010. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/A_importancia_dos_grupos_de_educacao_em_saude_na_atencao_basica_Estrategia_Saude_da_Familia_/461. Acessado em: 07 fev. 2019.
69. RIBAS, Andrea de Oliveira, CZLUSNIAK, Gislaine Denise. *Anomalias do Esmalte Dental: Etiologia, Diagnóstico E Tratamento*. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 10 (1): 23-36, mar. 2004. <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/download/379/384>. Acessado em 28 jun. 2019.
70. RIO GRANDE DO SUL, Núcleo Telessaúde Estadual do. *Curso de Odontopediatria EAD*. <https://www.ufrgs.br/telessauders/>. 2017. Acessado em 16 maio 2019.
71. RUIZ, Dóris Rocha et al. *Guia de saúde oral materno-infantil*. Rio de Janeiro: 2009. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia-de-Saude_Oral-Materno-Infantil.pdf. Acessado em 18 abr. 2019.
72. SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. *Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal*. São Paulo: 2012. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal_2012.pdf. Acessado em 13 maio 2019.
73. SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. *“Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial”*. Cadernos de Saúde Bucal. São

-
- Paulo: 2004. <http://ses.sp.bvs.br/lildbi-textos/docsonline/get.php?id=439>. Acessado em 16 maio 2019.
74. SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. “*Qualidade e Resolutividade na Atenção Básica: Recomendações de Periodontia*”. Cadernos de Saúde Bucal. São Paulo: 2004. <http://ses.sp.bvs.br/lildbi-textos/docsonline/get.php?id=434>. Acessado em 16 maio 2019.
75. SILVA, Eliana Lago. *Odontologia para Bebês*. Rev. Para. Med. v.21 n.4 Belém dez. 2007. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000400009. Acessado em 28 jun. 2019.
76. SILVA, Francisco Wanderley Garcia de Paula e, STUANI, Adriana Sasso QUEIROZ, Alexandra Mussolino de. *Atendimento Odontológico à Gestante - Parte 1: Alterações Sistêmicas*. Rev. da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, v 47, n. 2 (2006). <https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/2955>. 08 mar. 2019.
77. SILVA, Juliana Tavares da. *Hábitos Parafuncionais Infantís e o seu Impacto na Cavidade Oral*. Porto: 2012. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3676/3/PPG-JulianaTavaresdaSilva.pdf>. Acessado em 18 abr. 2019.
78. SOUZA, Maria de Fátima Azevedo. *Nível de conhecimento do cirurgião dentista no diagnóstico diferencial da fluorose dentária*. Fortaleza:2007. http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/1755/1/2007_dis_mfasouza.pdf. Acessado em 07 fev. 2019.
79. TERRA, Betina Garay et all. *O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde*. Rev APS. 2011 abr/jun; 14(2): 149-161. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14697>. Acessado em 19 set 2019.
80. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, Equipe de Odontopediatria. *Clínica odontológica infantil passo a passo. Goiás: 2010*. https://pahpe.odonto.ufg.br/up/299/o/Passo_a_passo_Clinica_Odontologica_Infantil_completo.pdf. Acessado em 08 mar. 2019.
81. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Eixo II - Assistência e processo de trabalho na estratégia saúde da família*. Mod. 17 Florianópolis: 2010. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/199/MOD%2017.pdf>. Acessado em 15 mai. 2019.
82. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Eventos agudos na atenção básica - Trauma Dental*. Florianópolis: 2013. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/855>. Acessado em 14 mai.2019.
83. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família*. Florianópolis: 2010. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>. Acessado em 07 fev. 2019.
84. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, Equipe de Dentística. *3ª Aula Dentística - Adequação do meio bucal*. Sobral: 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=t18XLEg2mrQ>. Acessado em 17mai. 2019.

-
85. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. *Normas e Rotinas - Serviço Odontológico*. Espírito Santo: Vitória, 2012. <http://progep.ufes.br/sites/default/files/Normas%20Servi%C3%A7o%20Odontol%C3%B3gico.pdf>. Acesso em 20 jul. 2015.
86. UNIVERSIDADE NILTON PAIVA, *Manual de controle de infecção das clínicas e laboratórios específicos do curso de odontologia*. Minas Gerais: Belo Horizonte, 2012. http://newton.newtonpaiva.br/NP_conteudo/file/cursos/odonto/2012-2/manual_biosseguranca_controle_infeccao.pdf. Acessado em 27 jul. 2015.
87. WALTER, LUIZ REINALDO DE FIGUEIREDO. *Odontologia para o bebê*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

Anexos

Anexo I – PSE – Informativos aos pais ou responsáveis do aluno

a) Comunicado aos pais de alunos

Senhores pais ou responsáveis,

Informamos que nesse estabelecimento de ensino serão realizadas ações de educação e prevenção em Saúde Bucal durante o ano letivo. Esse cuidado deverá ser seguido pela escovação dentária em casa, uso de fio dental, diminuição do consumo de balas, doces, salgadinhos e bolachas, bem como consultas regulares ao dentista.

b) Comunicado aos pais sobre a necessidade de tratamento

| | |
|--|--|
| <p>Escola _____</p> <p>Sala: _____</p> <p>Senhores pais ou responsáveis, comunicamos que após avaliação em saúde bucal de seu (sua) filho (a) _____ verificou-se a necessidade de tratamento odontológico. Solicito que procure a Dr _____ na Unidade de Saúde _____ para consulta odontológica. <u>O agendamento será conforme a disponibilidade de vagas do profissional.</u> Leve junto esse comunicado e o cartão SUS do mesmo.</p> <p>Departamento de Saúde Bucal Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba</p> | <p>Escola _____</p> <p>Sala: _____</p> <p>Senhores pais ou responsáveis, comunicamos que após avaliação em saúde bucal de seu filho _____ foi verificado a necessidade de tratamento odontológico. Orientamos que procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência para realizar o tratamento. <u>O agendamento será conforme a disponibilidade de vagas do profissional.</u> Leve junto esse comunicado e o cartão SUS do mesmo.</p> <p>Departamento de Saúde Bucal Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba</p> |
|--|--|

c) Autorização para uso de imagem

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu _____

RG _____ CPF _____

residente à _____

Cidade _____ Estado _____ autorizo o cirurgião dentista

Dr (a) _____

CRO _____ a utilizar as imagens obtidas:

da minha pessoa _____

de meu filho (a) _____

no tratamento odontológico (antes, durante e após a conclusão do mesmo), sejam elas digitalizadas ou impressas, para a finalidade de registros, documentação odontológica, pesquisas, cursos, publicações em livros, revistas científicas, álbuns, aulas, congressos, galerias e/ou fóruns odontológicos.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião dentista ou da Prefeitura Municipal de Uberaba.

Local _____ Data _____

Assinatura do paciente ou responsável _____

Anexo II – Comunicado ao paciente faltoso

Estou ciente de que perderei a vaga para tratamento odontológico no serviço público municipal se:

- a. Faltar sem justificativa à primeira consulta.
- b. Faltar às consultas de retorno:
 - Duas faltas sem justificativa, subsequentes ou não.
 - Três faltas com justificativa, subsequentes ou não.
 - O reagendamento deverá ser nos horários do acolhimento com classificação de risco, dentro de no máximo sete dias.
- c. No caso de perda da vaga estou ciente que deverei passar por outro acolhimento de risco.

Data: ___/___/___ Ass. _____

Anexo III – Consultório - Orientações

a) Orientações após anestesia bucal

Orientações após anestesia bucal

- Evitar mastigar
- Evitar coçar a região anestesiada
- Ter cuidado para não morder os tecidos bucais moles (bochecha, língua, lábios)
- Caso seja necessário alimentar-se enquanto a boca ainda estiver anestesiada, que seja através de líquidos (vitaminas, sucos, leite, por exemplo).
- A criança deverá ser sempre observada pelos responsáveis para que não tenha lesões causadas por mordidas ou unhas devido à falta de sensibilidade local.

b) Orientações pós-operatório

Sr. (a) _____,

Favor seguir as seguintes orientações:

- ✓ Manter repouso em 24 horas;
- ✓ Manter a cabeça mais elevada que o corpo nas primeiras horas pós-operatórias;
- ✓ Não cuspir, não fumar, não realizar esforços físicos;
- ✓ Não realizar bochechos nas primeiras 48 horas após o procedimento cirúrgico.
- ✓ Evitar mastigar sob efeito da anestesia;
- ✓ Dieta líquida e/ou pastosa, de preferência fria e/ou gelada nas primeiras refeições pós-operatórias;
- ✓ Realizar compressa fria na face, sobre o local operado, aplicando 10 minutos de gelo no local e descansando, no mínimo 20 minutos;
- ✓ Higiene oral pode e deve escovar bem os dentes, tomando o devido cuidado com a área operada;
- ✓ No caso de hemorragia, morder firmemente uma gaze e procurar atendimento odontológico de urgência;
- ✓ Seguir corretamente a prescrição medicamentosa e não fazer automedicação;
- ✓ Qualquer intercorrência retorne à UBS.
- ✓ Retornar _____ / _____ / _____ para remover os pontos.

Assinatura e carimbo

Anexo IV - Formulários para registro das Normas e Rotinas em Odontologia

a) Formulários de uso opcional:

Os formulários abaixo podem ser utilizados ou os dados dos mesmos deverão ser registrado em caderno destinado a este fim.

REGISTRO DA LIMPEZA GERAL DO CONSULTÓRIO, EXPURGO, ESTERILIZAÇÃO E AUTOCLAVE



Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
Diretoria de Atenção à Saúde

| DATA | PROCEDIMENTOS | ASSINATURA | DATA | PROCEDIMENTOS | ASSINATURA |
|------|---------------|------------|------|---------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Obs.: Limpeza – semanal (em dia fixo, padronizado pelo responsável)



REGISTRO DE BUSCA ATIVA DE PACOTES ESTERILIZADOS FORA DA VALIDADE

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
Diretoria de Atenção à Saúde

| Data | Assinatura | Data | Assinatura | Data | Assinatura |
|------|------------|------|------------|------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Obs.: Mensal (em dia fixo, padronizado pelo responsável)

b) Formulários de uso obrigatórios:



REGISTRO DO CICLO DE AUTO

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
Diretoria de Atenção à Saúde Bucal

| Detalhamento do Ciclo | | Material a ser esterilizado | | | Indicadores Físicos e Químicos | | |
|------------------------|----------------|-----------------------------|------------------|-----------------|--------------------------------|-----------------|----------------------|
| Data: | Val: | () Ex. clínico | () Caneta AR/BR | () Placa | Grampear o teste Integrador | | |
| Autoclave N° | Início: | () Restauração | () Forceps | () Brocas | Temperatura Máxima: | Pressão: | Colar a fita adesiva |
| | Final: | () Cirurgia | () Alavancas | () Limas | | | |
| Ciclo N° | Lote N° | Ass. do Responsável: | | | | | |
| Intercorrência: | | | | Conduta: | | | |
| Data: | Val: | () Ex. clínico | () Caneta AR/BR | () Placa | Grampear o teste Integrador | | |
| Autoclave N° | Início: | () Restauração | () Forceps | () Brocas | Temperatura Máxima: | Pressão: | Colar a fita adesiva |
| | Final: | () Cirurgia | () Alavancas | () Limas | | | |
| Ciclo N° | Lote N° | Ass. do Responsável: | | | | | |
| Intercorrência: | | | | Conduta: | | | |
| Data: | Val: | () Ex. clínico | () Caneta AR/BR | () Placa | Grampear o teste Integrador | | |
| Autoclave N° | Início: | () Restauração | () Forceps | () Brocas | Temperatura Máxima: | Pressão: | Colar a fita adesiva |
| | Final: | () Cirurgia | () Alavancas | () Limas | | | |
| Ciclo N° | Lote N° | Ass. do Responsável: | | | | | |
| Intercorrência: | | | | Conduta: | | | |
| Data: | Val: | () Ex. clínico | () Caneta AR/BR | () Placa | Grampear o teste Integrador | | |
| Autoclave N° | Início: | () Restauração | () Forceps | () Brocas | Temperatura Máxima: | Pressão: | Colar a fita adesiva |
| | Final: | () Cirurgia | () Alavancas | () Limas | | | |
| Ciclo N° | Lote N° | Ass. do Responsável: | | | | | |
| Intercorrência: | | | | Conduta: | | | |



Registro do Indicador Biológico para Monitoramento da Esterilização a Vapor

Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
Diretoria de Atenção à Saúde Bucal

| Detalhamento do Ciclo | | Indicador Biológico Processado | Indicador Biológico Controle | Dia/Hora/Responsável | | Notas Importantes | |
|-----------------------|----------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------|-------------------|-------------|
| Data: | | Rotulo | Rotulo | INCUBAÇÃO | | | |
| Autoclave Nº | Início | | | Dia: | LEITURA | | Dia: |
| | Final: | | | Hora: | Hora: | | |
| Ciclo Nº | Lote Nº | Resultado () | Resultado () | Assinatura: | Assinatura: | | |
| | | | | | | | |
| Data: | | Rotulo | Rotulo | INCUBAÇÃO | | | |
| Autoclave Nº | Início: | | | Dia: | LEITURA | | Dia: |
| | Final: | | | Hora: | Hora: | | |
| Ciclo Nº | Lote Nº | Resultado () | Resultado () | Assinatura: | Assinatura: | | |
| | | | | | | | |
| Data: | | Rotulo | Rotulo | INCUBAÇÃO | | | |
| Autoclave Nº | Início: | | | Dia: | LEITURA | | Dia: |
| | Final: | | | Hora: | Hora: | | |
| Ciclo Nº | Lote Nº | Resultado () | Resultado () | Assinatura: | Assinatura: | | |
| | | | | | | | |
| Data: | | Rotulo | Rotulo | INCUBAÇÃO | | | |
| Autoclave Nº | Início: | | | Dia: | LEITURA | | Dia: |
| | Final: | | | Hora: | Hora: | | |
| Ciclo Nº | Lote Nº | Resultado () | Resultado () | Assinatura: | Assinatura: | | |

DESCARTE DE RESTOS DE AMÁLGAMA



USF (nome da Unidade)

DESCARTE DE TUBETES DE ANESTÉSICO



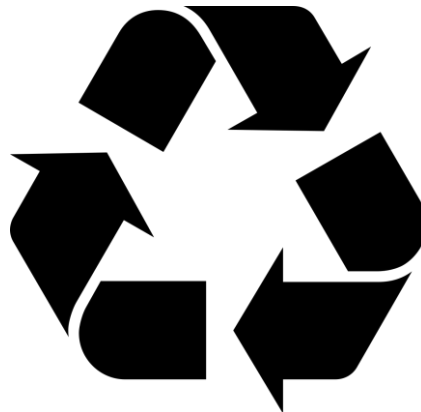
USF (nome da Unidade)

**DESCARTE DE CÁPSULAS DE
AMÁLGAMA**



USF (nome da Unidade)

LIXO COMUM



USF (nome da Unidade)

LIXO INFECTANTE



USF (nome da Unidade)