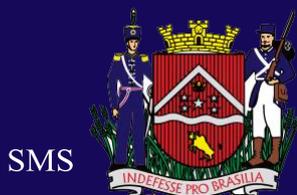


ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE UBERABA

PROTOCOLO CLÍNICO

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

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

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial / Estomatologia

Robson Fidalgo Amui

Endodontia

Ana Lúcia Fatureto Perocco

Daniella Aparecida Teodoro Fassio

Maria Cristina Ferreira Leite

Renata Bernardes dos Santos Restivo

Renata Oliveira Samuel

Periodontia

Gustavo Fatureto Escobar

Ricardo Ferreira Moreno

Pacientes com Necessidades especiais (PNE)

Rose Ane Corrêa Maia

Maximiler de Melo Carvalho Mendonça

Odontopediatria

Daniela Correa Prata Oliveira

Mariana Pontes da Silva Menezes

Renata Rodrigues Castro Gomes

Revisores

Cintia Lemes – Cirurgiã Dentista da Atenção Primária

Cristina Stark Rezende Higino – Cirurgiã Dentista da Atenção Primária

Christiano Silva Sallum - Auditor

Siglário

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

SUS - Serviço Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

RX - Raios X

RNI - Índice Internacional Normalizado

TP - Tempo de Protrombina

TTPA - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IgM - Imunoglobulina M

IgG - Imunoglobulina G

Anti-SSA Autoanticorpo - p/ síndrome de Sjögren / Lúpus

Anti-SSB Autoanticorpo - p/ síndrome de Sjögren / Lúpus

INCA – Instituto Nacional do Câncer

ATM – Articulação Temporomandibular

PVPI – Iodopovidona

UBS – Unidade Básica de Saúde

CRT – Comprimento Real de Trabalho

CDC – Cimento-Dentina-Canal

VO – Via Oral

PMCC – Paramonoclorofenol Canforado

NITI – Níquel-Titânio

MTA – Trióxido Mineral Agregado

RASUB – Raspagem e Alisamento Radicular Subgingival

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ADNPM – Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor

AVE – Acidente Vascular Encefálico

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

TSB – Técnico em Saúde Bucal

ART – Tratamento Restaurador Atraumático

PA – Pró Analise

CRO – Conselho Regional de Odontologia

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	3
1 - Estomatologia Clínica	9
2 - Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	35
3 - Endodontia	53
4 - Periodontia	65
5 - Pacientes com Necessidades Especiais	82
6 - Odontopediatria	93
Referências Bibliográficas	119

Introdução

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ampliou o acesso à atenção básica expandindo a oferta de serviços de forma articulada, prevendo ações integradas entre os níveis primário e secundário. Como parte do projeto político foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) para garantir procedimentos complexos, conclusivos e conservadores, evitando o agravamento de problemas bucais, tais como perdas dentárias e outras sequelas. Isso permitiu a inversão da lógica mutiladora até então existente no serviço público, trazendo a possibilidade de tratamentos especializados acessíveis à população de forma geral.

Apesar das especialidades ofertadas pelos CEOs serem muito conhecidas da odontologia clínica, colocar esse modelo que até então era prioritariamente privado na lógica do serviço público instituiu um novo modelo de prática na saúde bucal brasileira. A implantação dos CEO (s) introduziu a integralidade em saúde oral como um direito de cidadania. Com isso houve um impacto no modelo de atenção em saúde bucal no Brasil e nas suas linhas de cuidado.

Os CEOs têm o objetivo de oferecer à população, minimamente, os serviços odontológicos especializados de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia e Atendimento a portadores de necessidades especiais, entretanto, não basta implantar CEOs. É necessário que eles funcionem como referência à atenção primária e como articuladores da atenção terciária em saúde bucal no Serviço Único de Saúde (SUS), pois se não estiverem perfeitamente articulados através de mecanismos de referência e contra referência em quase nada contribuirão para diminuir o impacto epidemiológico, além de prestar assistência.

A fim de organizar os serviços e padronizar a atenção no município de Uberaba percebeu-se a importância da adoção de um protocolo, como ferramenta de gestão da clínica que normatizasse o padrão de atendimento prestado, propiciando o cuidado integral em saúde bucal e trazendo a melhoria de qualidade como principal fundamento. Estes preceitos devem ser aplicados nos serviços especializados preconizados pela PNSB, bem como nos demais ofertados pela cidade tais como a especialidade de Odontopediatria, e o 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.

A elaboração deste protocolo foi realizada por meio de reuniões com especialistas da Equipe CEO, profissionais da atenção primária e da gestão e não tem pretensão de ser conclusivo. Pretende-se que seja alterado conforme as mudanças necessárias à organização dos serviços e melhoria de qualidade da atenção em saúde do município. O presente material foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde de Uberaba e ao Departamento de Auditoria para apreciação e aprovação, sendo então publicado e implementado como instrumento de trabalho.

1 - Estomatologia Clínica

1.1. Serviços oferecidos:

- Biopsia de lesões;
- Tratamento de lesões benignas;
- Encaminhamento de lesões malignas para tratamento hospitalar;

1.2. 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.

1.3. Responsabilidade por nível de atenção

Secundaria: Terão prioridade paciente com as seguintes necessidades:

- Biopsia de lesões;
- Tratamento de lesões benignas;
- Encaminhamento de lesões malignas para tratamento hospitalar;
- Planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia.
- Anexar a guia de referência no prontuário do usuário;
- Comunicar ao Departamento de Saúde Bucal, por e-mail as seguintes situações:
 - ✓ O nome e a matrícula do usuário que foi agendado para a primeira consulta e que não compareceu;
 - ✓ Pacientes que não compareceram às consultas subsequentes;

-
- ✓ Os encaminhamentos que não estiverem de acordo com o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
 - Incentivar a continuidade do tratamento na Atenção Primária de Saúde (APS);
 - Preencher as duas vias da contra referência, inclusive com as orientações pertinentes. Na primeira via anexar a radiografia final e solicitar que o usuário a entregue para o profissional que o referenciou. A segunda via deverá ser anexada ao prontuário do CEO.

1.4. Primeira Consulta

Considerar, por meio de verificação da ficha de encaminhamento e exame bucal do usuário, se a situação referenciada teve respeitados os critérios pactuados com a especialidade na construção dos protocolos de fluxos.

1.4.1. Anamnese

Todo paciente admitido para avaliação estomatológica deve ser submetido à estratégia rigorosa de anamnese e exame clínico.

A anamnese deverá ser realizada de forma a se obter:

- Máximo de informações não só pertinentes ao diagnóstico da lesão ou condição bucal específica,
- História médica pregressa;
- História de doenças/agravos na família, cuja determinação ou influência genética seja importante;
- Verificar medicamentos em uso, no momento da consulta ou progresso;
- Avaliar o motivo do encaminhamento e aspectos que influenciam o problema;
- Identificar e tentar minimizar as possíveis ansiedades ou medos em relação ao atendimento,
- Esclarecer dúvidas e/ou questões apresentadas pelo usuário
- Identificar usuários com necessidade de encaminhamento a outras especialidades do campo de saúde como, por exemplo, os pacientes com suspeita de doenças crônicas tais como hipertensos e diabéticos.

1.4.2. Exame físico

- **Extrabucal**
 - ✓ Avaliação da morfologia crânio-facial óssea, muscular e tegumentar;
 - ✓ Verificação da ocorrência de perfil esquelético associado à má-oclusão de classe II e III, ou problemas verticais (mordida aberta, por exemplo) ou laterolaterais;

-
- ✓ Palpação dos tecidos faciais, cadeias ganglionares cervicofaciais associadas a lesões evidentes ou não.
 - ✓ Averiguação da ocorrência de queixas de sintomas recentes: febre, suor ou sudorese, perda de peso, fadiga, mal-estar, perda de apetite.
 - Cabeça: cefaléia, vertigem, desmaio, insônia.
 - Ouvidos: diminuição da audição, tinido (zumbido), dor.
 - Olhos: embaçamento, visão dupla, lacrimejamento em excesso, secura, dor.
 - Nariz e seios paranasais: rinorréia, epistaxe, dificuldade de respirar pelo nariz, dor, alteração do olfato.
 - ATM: dor, crepitação, limitação de movimento.
 - Boca: sensibilidade ou dor dentária, úlceras em lábios ou mucosas, problemas de mastigação, problemas de fala, mau hálito, restaurações ausentes, infecções dentárias.

- **Intrabucal**

Observar alterações na consistência, coloração e/ou sintomatologias associadas às mucosas de revestimento (mucosa jugal, assoalho bucal, ventre da língua, palato mole e lábios), mucosas mastigatórias (gengivas e palato duro), mucosas especializadas (dorso da língua), rebordos ósseos e oclusão dentária.

1.4.3. Exames complementares

- Exames laboratoriais: exames de sangue (hemograma, prova de coagulação, glicemia, etc.).
- Exames microbiológicos, exames bioquímicos, exames histopatológicos, imunohistoquímicos

1.4.4. Procedimentos de Estomatologia

a) Radiografia periapical/interproximal Radiografia oclusal, Radiografia panorâmica

O exame radiográfico é realizado para verificar se a lesão da qual o usuário é portador possui relação com o tecido ósseo subjacente e, neste caso, suas características radiográficas de tamanho, extensão, delimitação, opacidade/radioluscência, etc.

- **Indicações**

Algumas lesões que se manifestam na mucosa bucal são na verdade oriundas de processos intra-ósseos que se exteriorizam. Demais lesões ósseas, por outro lado, podem estar presentes sem manifestação aparente na mucosa.

- **Sequência de intervenção**

Inicia-se a pesquisa radiográfica preferencialmente pela realização de Raio X (RX) periapical. Caso este não seja suficiente para abordar toda extensão ou todas as margens de lesão óssea, procede-se à complementação com RX panorâmico ou outras tomadas que se julgar conveniente, particularmente a tomada oclusal ou RX de tecidos moles (na pesquisa de sialólitos ou doenças que manifestem calcificações da mucosa).

- **Cuidados**

Usar avental e biombo de chumbo, guardar distância adequada da fonte de radiação ionizante, utilizar proteção para o paciente conforme os manuais universalmente estabelecidos de exposição aos RX. Acompanhar de perto as evoluções destes manuais e realizar periodicamente a dosagem de RX nas Unidades de Atendimento e exposição de profissionais (dosimetria) em conjunto com as autoridades de Vigilância Sanitária.

- **Proservação**

A preservação de tais lesões deve ser feita sempre na Atenção Secundária e a realização de exames complementares adicionais definidas conforme as hipóteses diagnósticas e as redes de fluxos estabelecidos entre os serviços.

b) Biópsia de Tecidos Moles – Incisional e Excisional

É um procedimento cirúrgico onde uma parte, ou toda a lesão, é removida para posterior estudo de suas características histológicas. No caso de lesões de tecido mole define-se primeiro a lesão fundamental e procede-se a descrição adequada da mesma). Segue-se então para a definição de hipóteses diagnósticas e solicitações de eventuais exames complementares, sejam estes radiográficos, hematológicos, bioquímicos, sorológicos, etc. O exame histológico isoladamente não dá diagnóstico definitivo. A história do usuário, o exame clínico e os dados de outros exames complementares são usados em conjunto para definição do diagnóstico final. A biópsia incisional ou excisional é um procedimento que quase se confunde com a prática estomatológica. A técnica a ser utilizada (excisional ou incisional) depende da natureza de cada lesão, da suspeita ou não de malignidade e também da hipótese diagnóstica definida após a descrição clínica. A realização da biópsia incisional, além de auxiliar na determinação do diagnóstico, é útil para a seleção da técnica cirúrgica excisional quando esta for a indicação, pois a partir do diagnóstico histológico de uma lesão é que se define a técnica cirúrgica mais adequada.

- **Indicações**

A biópsia incisional é mais indicada para lesões de maiores dimensões. De maneira geral a opção por esta pode (e deve) ser feita sempre que o profissional não conseguir

estabelecer clinicamente o diagnóstico, sendo um recurso que permite uma melhor definição terapêutica para cada doença. A biópsia incisional não está contraindicada para lesões de origem vascular e lesões negras. No caso de lesões de componente majoritariamente vascular, o especialista deve definir o risco cirúrgico e, se necessário, em conjunto com outras especialidades do campo da saúde. Nas suspeitas de hemangioma, definir o tamanho e grau de invasibilidade da mesma é imprescindível. Referências e discussão do caso junto a equipes de cirurgia vascular podem ser necessárias (ver item *hemangioma*). No caso de suspeita de melanoma intrabucal, a biópsia incisional é o único recurso seguro e disponível para definição diagnóstica precisa e instituição do tratamento adequado. Lesões negras, com características de melanoma, devem ser examinadas histologicamente através de biópsia incisional. Já a biópsia excisional é indicada para lesões menores e também pode ser realizada quando o profissional tem convicção de não estar frente a uma lesão maligna ou quando está muito óbvia a natureza localizada e não invasiva da doença.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia do local;
- ✓ Anestesia da área;
- ✓ Coleta do tecido;
- ✓ Sutura simples interrompida;
- ✓ Fixação do material coletado em formol 10%;
- ✓ Identificação do recipiente onde está contida a peça com nome do paciente, nome do operador, data e local de origem.

- **Terapia medicamentosa**

O uso de analgésicos não-opiáceos, por um período não superior a 7 (sete) dias é suficiente como medicação pós-operatória, desde que respeitadas as normas de biossegurança e os cuidados descritos abaixo com manipulação cuidadosa dos tecidos.

- **Cuidados**

- ✓ O tamanho da amostra deve ser adequado;
- ✓ A amostra deve ter boa profundidade, devendo ser avaliada de acordo com o sítio anatômico a ser incisado. Obviamente biópsias incisoriais são mais conservadoras em ventre do que em dorso lingual, por exemplo;
- ✓ Evitar perfurar ou macerar o material cirúrgico. Dê preferência para pinças mais delicadas e não perfurantes (pinça de Adson-Brown);
- ✓ Evitar que a infiltração anestésica deforme a área a ser operada;

-
- ✓ Usar preferencialmente anestésico com vasoconstritor, que possibilita um campo operatório com menor sangramento;
 - ✓ Evitar áreas de necrose que impeçam visualização microscópica de células viáveis;
 - ✓ Evitar a exposição de tecido ósseo em pacientes irradiados na região a ser incisada;
 - ✓ Avaliar através de exames pré-operatórios, todos os pacientes cuja história clínica ou exame clínico indique risco cirúrgico de sangramento ou cicatrização deficiente. Solicitar, nestes casos, os exames de Índice Internacional Normalizado (RNI), Tempo de Protrombina (TP), Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), plaquetograma e taxas glicêmicas.

- **Condutas em caso de urgência/emergência**

Em casos de hemorragia, verificar a origem da hemorragia e, de acordo com a causa considerar compressão, sutura ou uso de agentes anti-hemorrágicos.

- **Proservação**

A preservação deve ser feita em conjunto entre a Atenção Primária e Secundária com prioridade para esta última.

Obs.:

Por ser um procedimento amostral, quanto mais seca e visível estiver a região operada, melhores serão as possibilidades de obtenção de amostras que facilitem o trabalho do patologista. Imediatamente após obtenção do tecido, o material deverá ser fixado para não sofrer deterioração. O fixador de rotina é o formol a 10%. Normalmente encontra-se no mercado o formol a 40% que deverá ser diluído em água destilada ou filtrado na proporção de 1(uma) parte para 3(três) partes de água. O recipiente de coleta e acondicionamento da peça deve conter um volume de líquido suficiente para que a peça cirúrgica obtida fique completamente submersa, não mais do que isso.

c) Procedimentos para lesões intra-ósseas / Punção exploratória / Biópsia incisional óssea

A punção é um procedimento realizado em lesões ósseas radiolúcidas ou de aspecto misto, para verificação de seu conteúdo (hemorrágico, purulento, cístico e/ou sólido). A punção pode ser um procedimento isolado ou associado à biópsia óssea. Esta última é o procedimento de coleta amostral, prioritariamente incisional, que se realiza para coleta de fragmentos teciduais das lesões maxilo-mandibulares.

- **Indicações**

As lesões intraósseas radiolúcidas podem, muitas vezes, representar um hemangioma intraósseo. Dada esta característica importante, tais lesões sempre deverão ser puncionadas previamente à biópsia. A punção pode resultar em “punção seca” (lesões sólidas ou cavidades vazias), líquido citrino (compatível com cistos) e sangramento leve ou sangramento abundante (com pressão no êmbolo da seringa). Neste último caso, pode-se formular uma hipótese de lesão vascular intraóssea. Tal hipótese resulta na completa contra-indicação do procedimento de biópsia óssea posterior. O paciente deve ser encaminhado para a alta complexidade para avaliação por Cirurgião de Cabeça e Pescoço ou Cirurgião Vascular. Na presença de líquido citrino, purulento ou “punção seca” indica-se complementação da punção através de coleta tecidual incisional intraóssea (biópsia óssea incisional).

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Anti-sepsia do local eleito para punção ou biópsia;
- ✓ Anestesia da área;
- ✓ Punção na área escolhida de forma a coletar o material para análise visual;
- ✓ Coleta de fragmento ósseo ou de lesão óssea para envio ao patologista bucal.

- ✓ **Terapia medicamentosa**

- ✓ O paciente poderá ser submetido a profilaxia antibiótica, com o uso de dois gramas de amoxicilina (quatro comprimidos de 500mg) ou 600mg de clindamicina uma hora antes do procedimento (na dependência de sua condição geral de saúde e dos manuais universalmente usados para tal fim).
- ✓ Pode-se prescrever analgesia não-opiácea considerando-se clinicamente o grau de invasividade e morbidade presumida a ser provocada pelo procedimento.

- ✓ **Cuidados**

Como mencionado no item sobre biópsia para tecidos moles, deve-se ter sempre em mente, que o procedimento visa à obtenção de um espécime de tecido vivo (biópsia óssea) que será visualizado microscopicamente. Portanto, todo o acesso, coleta, manipulação (manobras estas mais difíceis para obtenção de amostras intra-ósseas) devem ser objeto de cuidados cirúrgicos compatíveis com este objetivo.

- ✓ **Condutas em caso de urgência/emergência**

Em casos de hemorragia, verificar a origem da hemorragia e, de acordo com a causa, considerar compressão, curetagem, sutura ou uso de agentes hemostáticos.

✓ **Proservação**

A preservação deve ser feita sempre na Atenção Secundária.

Obs.:

- No caso das punções usa-se seringa de vidro, com agulha hipodérmica ou agulha de grosso calibre, na dependência da espessura da cortical óssea a ser rompida.
- Também poderão ser usadas seringas plásticas descartáveis. A coleta de líquido da lesão é um procedimento para visualização clínica do mesmo. Não há grande informação diagnóstica que advenha de esfregaços e análise microscópica destas amostras.

d) Doenças de manejo não-cirúrgico

• **Candidíase**

É a infecção fúngica bucal mais comum.

✓ **Manifestações clínicas**

As manifestações clínicas são variáveis, sendo a mais frequente aquela associada à Estomatite Protética, com formação de área atrófica e eritematosa que sugere a nomenclatura da lesão. Os usuários acometidos são na maioria assintomáticos, mas eventualmente podem se queixar de dor, ardência ou, mais raramente, prurido. Algumas lesões associadas à cândida podem manifestar-se de maneira aguda, com formação de pseudomembrana esbranquiçada (candidíase pseudomembranosa). A pseudomembrana pode ser coletada por esfregaço e encaminhada para exame citológico. Pacientes com suspeita de candidíase pseudomembranosa devem ser sempre investigados cuidadosamente com relação à presença de doenças ou fatores locais que levem à imunossupressão tais como o uso de corticoides tópicos ou Aids, onde a lesão com pseudomembrana é uma das manifestações bucais mais frequentes.

✓ **Diagnóstico**

Normalmente o diagnóstico de candidíase é eminentemente clínico, mas pode-se utilizar a citologia esfoliativa como auxiliar – consta de um método simples e não-invasivo onde se espalha o material raspado com espátula metálica ou de madeira sobre uma lâmina de vidro. O acondicionamento é feito em coletores plásticos específicos para suporte das lâminas e a fixação pode ser realizada com álcool absoluto ou álcool 70. O teste terapêutico com antifúngicos tais como nistatina suspensão oral ou miconazol em gel pode ser utilizado desde que acompanhado de perto pelo prestador quanto aos seus resultados.

✓ **Tratamento**

O tratamento medicamentoso mais acessível das formas crônicas (Candidíase atrófica ou eritematosa) exige, por vezes, protocolos longos e de difícil adesão pelo paciente. Por ser majoritariamente assintomática, a doença pode passar despercebida da atenção profissional. Reforça-se, portanto, a necessidade de um exame clínico cuidadoso e atento. O tratamento medicamentoso é amplamente favorecido por manobras de higiene, desgaste e interrupção de uso das próteses removíveis, já que o biofilme que se forma no interior das mesmas perpetua a agressão tecidual. Os pacientes que utilizam próteses removíveis (parciais ou totais) devem ser orientados sobre a correta higienização destas, inclusive podendo utilizar a medicação antifúngica aplicada à superfície interna das mesmas. As aplicações tópicas de antifúngicos deverão ser mantidas por aproximadamente uma semana após desaparecimento das manifestações clínicas já que muitas formas de candidíase permanecem de maneira subclínica e apresentam significativa predisposição à recidiva. Sugere-se que os usuários portadores da lesão atrófica ou eritematosa sejam avaliados semanalmente até a alta. Já a candidíase do tipo pseudomembranosa, que se manifesta através de formação de pseudomembranas esbranquiçadas, é a forma mais comum nos extremos da velhice e da infância (sapinho). Deve-se ficar atento, contudo, à presença das lesões em pacientes imunossuprimidos, diabéticos, irradiados e submetidos à quimioterapia antineoplásica, onde a decisão terapêutica por vezes exige abordagens um pouco mais agressivas. Sobretudo, a candidíase pseudomembranosa e a candidíase eritematosa (atrófica), devem ser vistas como indicativo de imunossupressão, particularmente na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), em indivíduos que não estejam dentro dos perfis epidemiológicos descritos acima (recém-natos, idosos e usuários de próteses removíveis).

✓ **Terapia medicamentosa**

- Nistatina (suspensão oral para realização de bochecho (10ml) por dois minutos, de quatro a cinco vezes ao dia, durante 14 dias);
- Miconazol 20mg (gel oral que deverá ser aplicado dentro da prótese quatro vezes ao dia, durante 14 dias);
- Orientação e avaliação sobre higienização correta de próteses removíveis.

• **Afta**

É uma das ulcerações bucais mais comuns. A incidência varia de 20 a 60% dos indivíduos, dependendo da população estudada. O fator etiológico não é um consenso. O

mais aceito é o fator imunológico, embora se discuta bastante as hipóteses infecciosas, alimentares e também traumáticas (no caso das lesões oriundas das punções anestésicas, por exemplo).

✓ **Manifestações clínicas**

São reconhecidos três tipos de úlceras aftosas: maiores (úlceras com mais de 1cm que podem durar até 6 semanas deixando cicatriz), menores (úlceras com até de 1cm e com curso clínico de 7 a 10 dias curando sem deixar cicatriz) e herpetiformes (grupos de pequenas úlceras recorrentes). Todas se apresentam como úlceras doloridas e recidivantes que não são precedidas por vesículas e com predileção de ocorrência em mucosa não ceratinizada.

✓ **Diagnóstico**

O diagnóstico é eminentemente clínico dado seu aspecto amplamente reconhecido. Não há indicação de biópsia. Eventualmente, em lesões de maior duração, podem ser solicitados o eritograma, leucograma e contagens séricas de ácido fólico, ferro sérico e vitamina B12. Devem-se descartar doenças imunossupressoras e, mais raramente, a Síndrome de Behcet, que manifesta lesões ulceradas oculares e genitais e a Doença de Crohn que manifesta também lesões e transtornos do trato gastrointestinal. As aftas devem ser cuidadosamente diferenciadas de outras úlceras bucais. Deve-se evitar o uso do termo afta para descrição de outras úlceras que não aquelas que possam ser claramente caracterizadas como aftosas.

✓ **Tratamento**

Tratamento medicamentoso.

✓ **Terapia medicamentosa**

As aftas menores, maiores e herpetiformes, em usuários com manifestações leves ou moderadas, podem ser tratadas com corticosteróide tópico, como Acetonido de triancinolona 1mg (em orabase aplicada sobre a lesão 3 a 5 vezes ao dia). Há também a opção da Dexametasona em elixir para uso exclusivamente tópico em bochechos que devem se repetir de 4 a 5 vezes ao dia durante o tempo de manifestação clínica. A última opção é muitas vezes mais prática já que a aplicação de fármacos em orabase tende a ser de difícil realização para o paciente. Medicações em orabase devem ser prescritas para lesões bastante acessíveis à manipulação pelo paciente tais como aquelas localizadas nos lábios, terço anterior da língua e mucosa jugal. Nas aftas maiores, o uso de corticosteróide sistêmico pode estar indicado, desde que haja

sintomatologia intensa e tempo de duração prolongado. Esta terapêutica sistêmica pode suceder ou ser utilizada concomitantemente às alternativas de corticoterapia tópica descritas para as aftas menores. Para o controle imediato da estomatite aftosa grave recomenda-se uma dose moderada de prednisona durante um curto período de tempo (20 a 40mg de prednisona por dia pela manhã durante 1 semana, seguido de metade da dose inicial durante a outra semana). As terapêuticas com fármacos que agridam a base da úlcera, à exemplo o bicarbonato de sódio, nitrato de prata, laser de alta potência ou reepitelizadores tais como policresuleno em gel, não tem evidência científica de redução do tempo de cicatrização das lesões, mas podem resultar em alívio sintomatológico em alguns pacientes.

✓ **Cuidados**

O uso de corticoterapia sistêmica deve ser utilizado de maneira criteriosa e com completo controle sobre as interações medicamentosas e efeitos colaterais em caso de uso prolongado da droga. Indica-se controle glicêmico, de creatinina sérica e de níveis de cortisol no caso de uso prolongado de corticosteróides.

• **Líquen Plano**

É uma doença mucocutânea inflamatória crônica.

✓ **Manifestações clínicas**

O líquen plano é uma doença que afeta homens e mulheres, com predomínio destas e preferencialmente na meia-idade. As manifestações bucais são extremamente variáveis, sendo o mais comum o reticular plano (numerosas linhas ou estrias brancas que se entrelaçam, produzindo um padrão em forma de rendilhado, que não cede à raspagem). A área mais comumente atingida é a mucosa jugal, mas também pode ser observada na língua, gengiva e nos lábios. A importância desta doença está relacionada com seu grau de frequência na população, sua multiplicidade de aspectos clínicos e sua possível correlação com malignidade. A forma de placa se assemelha clinicamente à leucoplasia, atingindo principalmente o dorso da língua e a mucosa jugal. A forma atrófica, onde há redução de espessura da mucosa, pode ser encontrada concomitantemente às outras formas clínicas. Um número expressivo de pacientes apresenta a doença com aspecto clínico caracterizada por associação de diferentes lesões fundamentais (reticulares, atróficas, ulceradas e/ou em placa). As formas reticular e erosiva, por exemplo, podem ser vistas nas margens de zonas atróficas e vice-versa. Na forma erosiva tem-se uma superfície irregular e acentuadamente

eritematosa e uma placa fibrinosa que cobre as áreas onde a erosão é mais pronunciada podendo sangrar devido à manipulação. Há também outra variante mais rara que se apresenta como bolhas ou vesículas, geralmente por um curto período de tempo e, que ao se romperem, deixam uma superfície ulcerada. As lesões de líquen plano podem ainda acometer a borda lateral da língua e menos comumente nas gengivas e face interna dos lábios. Na pele o líquen plano se apresenta como pápulas ou placas acinzentadas e até violáceas, planas e pruriginosas, que envolvem mais frequentemente as superfícies flexoras dos braços ou das pernas. Na maioria dos casos, a forma cutânea ocorre antes ou simultaneamente às lesões bucais. Muitos pacientes manifestam lesões exclusivamente na mucosa bucal.

✓ **Diagnóstico**

O diagnóstico pode ser exclusivamente clínico nos casos com manifestações reticulares, mas em alguns casos e particularmente nas formas atróficas, ulceradas e em placa, a biópsia incisional está indicada. Sugere-se como conduta aos CEO a realização da biópsia incisional como procedimento padrão e como recurso ao diagnóstico diferencial entre o líquen plano, leucoplasias ou lupus eritematoso, lesões estas de muita semelhança clínica e onde a terapêutica e conduta clínica merecem cuidados distintos.

✓ **Tratamento**

Nenhum tratamento provou ser eficaz na eliminação do líquen plano. A frequência real da transformação maligna parece ser baixa e foi relatada mais frequentemente nas formas erosiva/atrófica/ulcerada da doença. Nas lesões assintomáticas nenhum tratamento está indicado, mas sugere-se acompanhamento das características clínicas de maneira periódica. Nas lesões com sintomatologia de dor ou ardência provocada pela exposição do tecido conjuntivo a corticoterapia tópica é a primeira escolha. No caso de reações semelhantes ao líquen plano (reações liquenóides) indica-se a substituição de restaurações metálicas de amálgama ou incrustações que possam estar em contato com a mucosa.

✓ **Terapia medicamentosa**

Os corticosteróides são os medicamentos mais úteis no controle dos casos sintomáticos (erosões e ulcerações). Podem ser aplicados preferencialmente na forma tópica. O medicamento mais indicado é a Dexametasona, na forma de elixir para bochechos, de 4 a 5 vezes ao dia (uma colher das de sopa) ou nos casos mais graves

com uso concomitante de corticoterapia tópica e sistêmica (a exemplo da terapia descrita para os casos mais graves de afta).

✓ **Cuidados**

Como o líquen plano é uma condição crônica, os pacientes devem ser examinados periodicamente pela Atenção Secundária e a biópsia incisional deve ser sempre indicada em caso de agravamento das características clínicas (úlceras e erosões).

• **Herpes labial**

É uma infecção viral, recorrente e contagiosa relacionada à imunossupressão.

✓ **Manifestações clínicas**

As lesões mais comuns do herpes labial são caracterizadas pela formação de vesículas, úlceras e crostas recidivantes na região labial. Normalmente são autolimitantes e desaparecem sem que seja necessária qualquer intervenção terapêutica. As lesões do herpes ganham relevância clínica a partir do momento em que o paciente passa a manifestar lesões maiores, com franca extensão pela área peri e intrabucal, com episódios que passam a ocorrer em intervalos cada vez menores de tempo. Tais características podem estar relacionadas à imunossupressão e devem despertar no clínico, a necessidade de exames mais aprofundados e principalmente correlação com demais dados da anamnese. Não raro na Aids, o herpes passa a ser um agente etiológico frequente de lesões bucais ulceradas duradouras e de sintomatologia intensa. Na clínica odontopediátrica são comuns os episódios de “primo-infecção”, onde a criança, ao primeiro contato com o vírus, manifesta lesões extensas por toda a mucosa bucal e do lábio com quadro sintomatológico típico das demais viroses da infância (Gengivo-estomatite herpética primária).

✓ **Diagnóstico**

O aspecto clínico costuma ser suficiente para o diagnóstico da maioria dos casos de herpes labial. História de prurido, incômodo ou dor precedem a ocorrência de vesículas e estas, por sua vez, a ocorrência de úlceras. O paciente costuma procurar ajuda na fase de úlcera e, portanto, a história evolutiva da sintomatologia e das lesões fundamentais tem muita significância diagnóstica. A avaliação do hemograma, com ênfase nas contagens leucocitárias, pode ser reveladora de quadros de imunossupressão não previamente diagnosticados. As avaliações séricas de imunoglobulinas M (IgM) e imunoglobulinas G (IgG) não são recomendadas para os casos mais comuns de lesões

labiais recorrentes. Em casos de aspecto e história clínica menos reveladora, a citologia esfoliativa pode ser um recurso de uso na clínica estomatológica.

✓ **Terapia medicamentosa**

Infelizmente não há, até hoje, evidências científicas definitivas a respeito de uma terapia que previna a ocorrência ou diminua o curso clínico das lesões, a despeito de inúmeros relatos de casos com as mais distintas possibilidades terapêuticas. Recomenda-se aos pacientes acometidos que procurem identificar o início do ciclo lesional e, neste momento, façam aplicações de aciclovir tópico em pomada. Não se justifica a adoção de terapia sistêmica para os pacientes com manifestações de herpes labial recorrente em estado de higidez imunitária. Na primo-infecção que acomete a criança, a terapêutica é exclusivamente de suporte, mantendo-se uma ingestão alimentar adequada, com repouso, analgesia não-opiácea e, em situações selecionadas, anestésicos tópicos. Nos pacientes com Aids é necessário discutir diagnósticos diferenciais de úlceras bucais e o uso de antivirais sistêmicos em conjunto com a equipe de Infectologia.

• **Hemangiomas**

Os hemangiomas, quanto à sua etiologia, são lesões que podem representar distúrbios de desenvolvimento, estando presentes ao nascimento ou ainda podem surgir tardiamente, comportando-se como uma neoplasia. Os hemangiomas podem, portanto, apresentarem-se como neoplasia verdadeira, de caráter benigno, com estímulos de crescimento ainda desconhecidos e que podem surgir em crianças e adultos. Apesar de o termo hemangioma sugerir neoplasia, parece que tal termo tem sido usado de maneira indiscriminada para as lesões vasculares não necessariamente neoplásicas.

✓ **Manifestações clínicas**

O aspecto clínico dos hemangiomas é descrito como bastante característico, pela coloração azulada ou violácea, principalmente os do tipo cavernoso. Quando intraósseos, entretanto, o diagnóstico é difícil, mostrando aspecto osteolítico semelhante a outras lesões dos maxilares. São mais comumente detectados na infância sendo muitas vezes congênitos, o que reforçaria a hipótese etiológica de distúrbio de desenvolvimento (hamartomas). Os hemangiomas têm sido relatados como os tumores mais comuns da região de cabeça e pescoço em crianças. Muitas lesões envolvem espontaneamente não configurando neoplasmas verdadeiros. Os hemangiomas intraósseos representam por volta de 1% dos tumores ósseos, sendo a maioria de

localização vertebral e craniana. Outras localizações podem incluir, além das mucosas e face, as glândulas salivares maiores, principalmente a parótida.

✓ **Diagnóstico**

A coloração, a textura superficial, a localização da lesão e a idade do paciente são fatores importantes no diagnóstico das lesões mais superficiais. Nas lesões mais profundas, a definição diagnóstica torna-se mais difícil. Uma manobra semiotécnica simples, a diascopia, pode ajudar a distinguir lesões de componente vascular sanguíneo de outras de coloração semelhante. Na diascopia, pressiona-se sobre a lesão, ou parte dela, uma lâmina de vidro (vitropressão). Através da transparência da lâmina, observa-se um esvaziamento do conteúdo da lesão - um achado de valor semiológico importante. Quando há dúvida no diagnóstico e, levando-se em conta a localização da lesão, pode-se lançar mão de exames complementares. Em geral, os hemangiomas intraósseos são difíceis de serem diferenciados de outras lesões osteolíticas do complexo maxilo-mandibular. Radiografias panorâmicas, oclusais, tomografia computadorizada, ressonância magnética e angiografia podem ser utilizadas. A ultrasonografia pode ser um auxiliar diagnóstico não definitivo nas lesões que envolvem as glândulas salivares, mostrando um sinal hipocóico. A presença de calcificações, conhecidas como flebólitos, pode ser observada nos exames de imagem. Os hemangiomas superficiais podem ser submetidos à punção aspiradora, sendo igualmente passíveis de serem visualizados através da ultrasonografia. Recomenda-se a punção como conduta prévia a qualquer abordagem cirúrgica. Durante a punção, os hemangiomas do tipo arterial podem empurrar o êmbolo da seringa, dada sua pressão interna. Exames de imagem como a tomografia e a ressonância magnética são eficazes para evidenciar o envolvimento de planos teciduais profundos. Nos casos em a indicação terapêutica seja pela cirurgia, é fundamental definir a completa extensão do hemangioma, pois pode acontecer recidiva após remoção incompleta. A angiografia pode mostrar o tamanho e a distribuição dos vasos sanguíneos evidenciando o caráter vascular das lesões. A variação e a quantidade de exames necessários para um correto diagnóstico tornam desafiadora a conduta do dentista na Atenção de Média Complexidade como a que se propõe o CEO. A terapêutica destas lesões assume, na dependência do seu tamanho, um caráter multiprofissional que exige o estabelecimento de fluxos e envolvimento de equipes de cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica e pediatria.

✓ **Tratamento**

Para que a terapêutica dos hemangiomas da mucosa bucal seja bem sucedida é necessário que cada caso seja analisado com relação às suas características particulares. Sugere-se que no CEO seja realizado o tratamento/acompanhamento de lesões pequenas e assintomáticas, sendo possível que muitos pacientes convivam com as mesmas por longo período de tempo sem necessidade de tratamento. Em outras situações tais como comprometimento estético, hemorragia frequente e intensa, assimetria facial, interferência funcional em diferentes órgãos, a terapêutica destas lesões passa a ser considerada. Na literatura, há referência a diversas modalidades de tratamento, todas elas com variáveis graus de sucesso e aplicabilidade clínica. Devido a uma tendência de regressão dos hemangiomas, pode-se ter com crianças uma atitude de acompanhamento clínico. A excisão cirúrgica pode ser uma opção nas lesões pequenas e, também, naquelas que apresentam grande comprometimento estético ou funcional. Na Estomatologia, tem-se optado pelo tratamento das primeiras, já que as lesões de maior porte requerem extremo cuidado na avaliação de risco cirúrgico, sendo esta atribuição da Alta Complexidade. A cirurgia dos hemangiomas maiores é delicada e pode produzir resultados estéticos pouco satisfatórios. As sequelas do tratamento cirúrgico requerem procedimentos reconstrutivos extensos além de apresentarem risco de hemorragia transoperatória grave. No caso de má-formação de vasos sanguíneos de pequeno calibre e baixo fluxo, as lesões podem ser excisadas cirurgicamente, tratadas por crioterapia ou laser de alta potência, que são formas terapêuticas bastante úteis nas lesões superficiais. Ainda nas lesões pequenas da mucosa bucal, é de particular interesse o uso de agentes de esclerose química. Tais agentes podem ser facilmente encontrados no mercado e sua aplicação no tratamento de hemangiomas bucais de tamanho pequeno constitui um procedimento relativamente simples. A esclerose química também pode ser um recurso prévio à cirurgia, diminuindo o tamanho da lesão e permitindo uma abordagem cirúrgica menos agressiva.

✓ **Terapia medicamentosa**

É recomendado para uso nos CEO o oleato de monoetanolamina (Ethamolin) aplicado localmente em diversas sessões. A aplicação deve ser feita em lesões com até 1 cm de diâmetro, pois nestes casos os resultados são mais previsíveis. Usa-se uma seringa de insulina com uma quantidade bastante pequena do fármaco (em torno de 0,2 ml). Na maior parte dos pacientes pode ser usado apenas anestésico tópico pois o

desconforto provocado pela injeção do oleato de etanolamina é uma sensação de ardência que costuma durar de 10 a 15 minutos no local de aplicação. Não se deve exagerar na quantidade do produto a ser injetado, pois o fármaco pode provocar necrose superficial. O intervalo entre as aplicações deve ser de 1 semana caso não haja complicações tais como úlceras necróticas (nesta situação aguarda-se a completa cicatrização da área ulcerada para que se repita a aplicação). Normalmente são necessárias de 5 a 10 aplicações para que se obtenha um resultado estético e funcional satisfatório em lesões com até 1 cm de diâmetro na mucosa bucal. O procedimento pode ser realizado em quaisquer das localizações intrabucais e também no lábio, um sítio de expressão bastante comum dos hemangiomas. A prescrição pós-operatória deve ser definida conforme a abordagem terapêutica utilizada. No caso da esclerose química ou excisão cirúrgica de pequenos hemangiomas bucais pode ser composta exclusivamente de analgesia não-opiácea.

e) Terapêutica de fenômeno de retenção salivar

✓ **Mucoceles**

Mucoceles são bolhas formadas pelo acúmulo de saliva na mucosa bucal. São lesões bastante frequentes e considerando as doenças de glândulas salivares, configuram-se como o agravo mais frequente na prática estomatológica.

✓ **Manifestações clínicas**

Aumento de volume, em forma de bolha, prioritariamente na mucosa interna do lábio e ventre lingual, de coloração azulada denotando o conteúdo líquido salivar.

✓ **Diagnóstico**

O diagnóstico é eminentemente clínico, dada à localização, característica das lesões fundamentais (bolha) e história clínica de remissão e exacerbação. Raramente há sintomatologia dolorosa. O diagnóstico diferencial, por vezes, envolve o fibroma e a hiperplasia fibrosa inflamatória. Isto pode acontecer em virtude da permanência de algumas lesões, por um período de tempo suficiente para que hábitos de mordiscamento e irritação da superfície epitelial provoquem fibrosamento e/ou hiperqueratose, complicando a identificação da lesão fundamental (bolha ou nódulo).

✓ **Tratamento**

O tratamento mais comum e eficaz é composto de excisão completa da bolha e das glândulas salivares menores próximas e visualizáveis no leito cirúrgico. Alguns autores propõem o procedimento de micromarsupialização que consiste na passagem

de um fio de sutura objetivando o esvaziamento do conteúdo salivar da bolha. Este recurso pode ser adotado isoladamente ou como estratégia terapêutica prévia à excisão completa, principalmente nos casos em que as lesões se apresentem mais profundamente no tecido conjuntivo (o que dificulta a exata delimitação das bordas cirúrgicas). Algumas mucocelos têm remissão espontânea e este aspecto deve ser considerado no planejamento terapêutico. Quando localizadas no lábio, deve-se avisar ao paciente sobre um possível fibrosamento pós-operatório na região, característica essa de grande variabilidade individual após os procedimentos cirúrgicos. Nas excisões, o leito cirúrgico deve ser investigado cuidadosamente para a presença de glândulas salivares menores, que, na medida do possível, devem ser removidas. Isto porque é muito difícil determinar qual das inúmeras glândulas salivares do lábio é a responsável pelos fenômenos de retenção salivar. Suturas simples interrompidas e prescrição analgésica, associadas aos cuidados locais comuns às demais cirurgias intrabucais, são suficientes para um pós-operatório sem intercorrências. As mucocelos são fenômenos mais comuns nas crianças, adolescentes e adultos jovens. Nas crianças, pode ser necessária a participação da odontopediatra como ‘consultor’ em situações de manejo mais difíceis ou desafiadoras.

✓ **Terapia medicamentosa**

A prescrição pós-operatória é composta exclusivamente de analgesia não-opiácea.

✓ **Cuidados**

Recomenda-se, no manejo destas lesões, bastante cuidado com a remoção cirúrgica, visto que o controle do sangramento no lábio, principal sítio de localização das mucocelos, é imprescindível para que haja adequada visualização do campo operatório. No ventre lingual, o manejo cirúrgico também deve ser cauteloso pela presença de vasos calibrosos e de um epitélio de pouca espessura. Dá-se preferência (desde que a identificação da bolha e de seu conteúdo, composto de saliva, seja evidente) à remoção total das mucocelos.

✓ **Rânulas**

As Rânulas são fenômenos de retenção específicos da glândula sublingual. Como esta glândula apresenta uma produção salivar quantitativamente maior que as glândulas salivares menores, os fenômenos de retenção costumam manifestar bolhas de maior volume.

✓ **Manifestações clínicas**

Aumento de volume (bolha) na área sublingual, de coloração azulada denotando o conteúdo líquido salivar.

✓ **Diagnóstico**

O diagnóstico é eminentemente clínico, dada à localização, característica das lesões fundamentais (bolha) e história clínica de remissão e exacerbação. Raramente há sintomatologia dolorosa.

✓ **Tratamento**

O tamanho e a localização no assoalho bucal fazem com que estas lesões sejam preferencialmente tratadas através de micromarsupialização. Esta técnica costuma apresentar melhores resultados no manejo das rânulas em relação àqueles obtidos com as mucoceles. Por vezes, a micromarsupialização deve ser repetida por um período razoável de tempo até que haja extravasamento completo do conteúdo salivar da bolha. O paciente deve ser avisado sobre estas características para que possa colaborar efetivamente com o tratamento. Fios de sutura mais espessos costumam gerar melhores resultados e permanecer no local por mais tempo. Os pacientes portadores de rânula devem ser avaliados semanalmente. Na falha da estratégia de micromarsupialização, procede-se à remoção cirúrgica da bolha observando-se os cuidados descritos no tratamento das mucoceles.

✓ **Terapia medicamentosa**

A prescrição pós-operatória é composta exclusivamente de analgesia não-opiácea.

• **Sialolitíases**

Nas glândulas salivares maiores que apresentam ductos excretores de trajeto mais longo, podem ocorrer fenômenos de calcificação, denominados sialólitos, que obstruem a excreção da saliva. A retenção da saliva no interior da glândula (parótida e submandibular) provoca aumento de volume local e sintomatologia dolorosa intensa.

✓ **Manifestações clínicas**

A retenção da saliva no interior da glândula (parótida e submandibular) provoca aumento de volume local e sintomatologia dolorosa. O aumento de volume pode ser intermitente ou progressivo na dependência do grau de obstrução e fluxo salivar de cada indivíduo. As retenções salivares podem ser agravadas por infecção bacteriana, podendo manifestar exsudato purulento com drenagem pelos ductos das glândulas submandibular e parótida.

✓ **Diagnóstico**

É obrigatória a realização de exames tais como radiografia oclusal, panorâmica e outras para localização precisa do sialolito. A sialografia, exame radiográfico onde se administra contraste radiopaco no interior dos ductos da glândula, é um recurso importante a ser utilizado. A Ecografia (ultrassonografia) apresenta-se como método interessante de investigação inicial e para diagnóstico diferencial. Sugere-se que todos estes exames, na dependência da apresentação clínica das sialolitíases, sejam solicitados pela equipe do CEO.

✓ **Tratamento**

Quando o sialolito é identificado em porções terminais dos ductos salivares, tais como junto à papila parotídea e junto à carúncula sublingual ou assoalho da boca, e esteja acessível às pequenas cirurgias ambulatoriais, este deve ser o procedimento de escolha. Em todas as demais situações sugere-se avaliação e encaminhamento para profissional da Especialidade de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial ou Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

✓ **Terapia medicamentosa**

Analgesia não opiácea, anti-inflamatório não esteroidais, bochechos com clorexidina e antibioticoterapia de amplo espectro caso haja sinais de coleção purulenta.

Obs.:

Os aumentos de volume de glândula salivar maior podem ser decorrentes de fenômenos tão díspares quanto doenças-auto-imunes (Síndrome de Sjögren), parotidites epidêmicas (caxumba), parotidites bacterianas, parotidites recorrentes, neoplasias benignas e malignas e em pacientes alcoólatras e HIV positivos. No caso das doenças do colágeno, têm-se notado a importância do Estomatologista para o estabelecimento do diagnóstico da Síndrome de Sjögren Primária ou Secundária. Tal doença pode estar associada ao Lupus Eritematoso, à Artrite Reumatóide e aos sintomas tais como a xeroftalmia, sendo que seu diagnóstico exige, na maioria dos casos, uma interação multiprofissional. Cabe ao Estomatologista desconfiar dos sinais clínicos de xeroftalmia, hipossalivação e dores articulares, realizando biópsia incisional de glândula salivar menor (preferencialmente labial) e solicitação de exames para auto-anticorpos ou alterações celulares provocadas pelos mesmos, tais como pesquisa de células E, Fator Anti-Nuclear, Anti-SSA, Anti-SSB e Fator Reumatóide. O conhecimento acerca da epidemiologia das lesões de glândulas

salivares e dos exames complementares caracteristicamente utilizados no diagnóstico diferencial sejam estes de imagem, sorológicos ou hematológicos, deve ser de domínio do profissional habilitado para a prática estomatológica no CEO.

f) Lesões com potencial de malignização

O câncer bucal representa um desafio quanto à sua prevenção, detecção precoce e também quanto à atenção em Saúde Bucal ao paciente portador. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima uma ocorrência de 10.380 novos casos para homens e 3.780 novos casos em mulheres no ano de 2008 (total de 14.160 novos casos). As malignidades bucais configuram-se como o sétimo tipo de neoplasia maligna (excetuando-se os casos de pele não melanoma). Segundo os dados do INCA, pode-se observar que ocorrerão aproximadamente 50% mais casos de neoplasias malignas da boca do que leucemias (nº. = 9540) no país.

A histologia das lesões aponta o epitélio como sendo a região de origem da maior parte dos casos. Tal fato representaria uma facilidade em termos diagnósticos, já que as manifestações poderiam ser reconhecidas em estágios iniciais de evolução em numerosas situações. Soma-se a isto o fato da boca ser uma região de fácil acesso ao exame clínico profissional e autoexame por parte do paciente.

Na perspectiva do usuário, a divulgação da doença, bem como de seus principais fatores de risco, poderia representar uma forma de prevenção, atenção e vigilância bastante barata e acessível a um grande número de cidadãos. A língua, o assoalho de boca e o lábio são os sítios anatômicos responsáveis por 79,6% dos casos em homens e 69,4% dos casos em mulheres na casuística do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba. Um estudo no Hospital Mario Penna, de Belo Horizonte, relatou que 44,8% dos pacientes diagnosticados eram analfabetos. Relatou ainda que 58,9% dos pacientes teriam renda mensal inferior a 1 (um) salário mínimo.

Em contraste às peculiaridades descritas para o diagnóstico e o autoexame, a maior parte dos pacientes apresenta-se para o tratamento em estágios bastante avançados de comprometimento. Além deste diagnóstico tardio, o paciente com câncer de boca ainda sofre uma defasagem importante de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Alguns autores já referiram tal lapso de tempo como sendo em média de 84 dias.

Tabagismo, etilismo e exposição solar excessiva seriam os fatores de risco mais relevantes para a ocorrência do câncer na boca. Para alguns autores, a prevenção primária do câncer bucal se daria por meio da eliminação/redução do consumo de álcool e fumo. Para os indivíduos que não conseguem abandonar os hábitos de risco, a detecção e o tratamento precoce seriam as melhores alternativas. Para os casos de câncer de lábio, a orientação quanto à exposição solar

parece ser a estratégia de maior impacto na redução da ocorrência de lesões, aliada à identificação precoce de alterações teciduais com potencial de malignização.

As lesões com potencial de malignização podem ser reconhecidas na boca e podem servir ainda como parâmetro de triagem e seleção de pacientes que necessitem de acompanhamentos clínico e laboratorial mais rigorosos. Tal fato torna-se mais relevante quando se verifica em algumas estatísticas que 53,4% dos pacientes com câncer bucal apresentaram estadiamento III ou IV na admissão hospitalar. As taxas de sobrevida para os estádios III e IV foram de 46,3% e 21,6% em 5 anos, em contraste com taxas de 79,5% e 59,7% para os estádios I e II respectivamente no Hospital Erasto Gaertner.

As terapias de eleição para o câncer de boca dependem do estágio de evolução e tipo histológico do tumor. Configuram-se, entretanto, a cirurgia e a radioterapia como as manobras mais frequentes de abordagem nestes pacientes. A quimioterapia vem sendo gradativamente incorporada a alguns manuais terapêuticos. Tais terapias trazem consigo a necessidade de suporte multiprofissional (nutricionistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, dermatologista e/ou otorrinolaringologista), tanto no que concerne à morbidade que podem provocar, quanto à própria complexidade da abordagem cirúrgica e do planejamento oncológico (cirurgiões de cabeça e pescoço, oncologista, radioterapeuta e/ou cirurgião plástico). Justifica-se o envolvimento do CD devido ao seu conhecimento semiológico das estruturas da boca bem como à sua capacidade de atender às demandas dentárias e de morbidade sobre a mucosa bucal nos períodos pré, trans e pós-tratamento oncológico. Pode-se citar dentre os processos mórbidos da boca, a redução de fluxo salivar, disgeusia, limitação de abertura bucal, mucosite, candidíase, periodontites, cáries de radiação e osteorradionecrose. Todas estas implicam em considerável desconforto e perda da qualidade de vida.

Os tratamentos dentários e estomatológicos de paciente com neoplasia maligna da boca justificam-se, ainda, quando notamos que as alterações provocadas pelo câncer bucal podem levar às infecções locais e sistêmicas, que podem aumentar a morbidade da doença. A proliferação de fungos e bactérias anaeróbias é estimulada por procedimentos imunossupressores locais e gerais tais como a rádio e a quimioterapia.

As Equipes de Saúde Bucal da UBS/SF em parceria com os CEO, portanto, devem centrar esforços em manobras de vigilância e reconhecimento de pacientes que estejam incluídos no perfil epidemiológico descrito acima ou cujo laudo histopatológico descreva a presença de atipias da mucosa bucal. Nem todos os pacientes apresentam os fatores de risco clássicos para o câncer bucal tais como tabagismo, etilismo, exposição solar e idade acima de 40 anos. Estes

não devem ser os únicos critérios para suspeita de potencial de malignização embora se saiba que as lesões malignas e potencialmente malignas sejam mais frequentes naqueles grupos. Pacientes identificados como de “risco” devem receber exames preventivos para o câncer bucal ao menos duas vezes ao ano. Recomenda-se que o CEO funcione como o local de acolhimento (em consonância com a Atenção Básica nas UBS) dos pacientes que sejam identificados através da estratégia sugerida. Espera-se ainda que o CEO possa ser um espaço onde o planejamento da atenção odontológica reabilitadora aconteça para que todos os indivíduos nas fases de pré e pós-tratamento oncológico sejam atendidos.

- **Leucoplasia**

Placa esbranquiçada, de superfície rugosa localizada preferencialmente nas áreas de mucosa não ceratinizada. É uma definição clínica e não histológica.

- ✓ **Manifestações clínicas**

Raramente manifesta sintomas. As lesões mais preocupantes são aquelas onde não é possível a identificação de um agente traumático local, tais como os de irritação crônica, provocadas por cúspide aguda, restauração fraturada ou borda irregular de uma prótese ou grampo.

- ✓ **Diagnóstico**

As fontes evidentes de irritação devem ser eliminadas e o usuário reavaliado. Caso a lesão leucoplásica ainda esteja presente ou não tenha manifestado qualquer sinal de redução após um prazo superior a trinta dias, está indicada citologia esfoliativa ou biópsia incisional para pesquisa de eventual ocorrência de atipias celulares.

- ✓ **Tratamento**

A definir, conforme o laudo histopatológico da biópsia incisional. A citologia esfoliativa é uma estratégia pouco invasiva e adequada para o acompanhamento de lesões com atipia leve. Pode-se repetir biópsia incisional nos casos onde esteja descrita atipia moderada ou caso haja modificação do aspecto clínico, tais como aumento de tamanho e/ou modificação da superfície. Autores reportaram que a taxa de transformação maligna da leucoplasia aproxima-se de 6% dos casos. Sempre que possível e, na presença de atipia moderada à intensa, sugere-se que as lesões leucoplásicas sejam completamente excisadas. Nas lesões com ausência de atipias descritas pelo exame histológico, pode-se realizar nova biópsia incisional em outras áreas da lesão ou adotar uma conduta de acompanhamento clínico periódico. Alguns sítios anatômicos, tais como ventre lingual e palato mole, podem representar muita

dificuldade para excisão cirúrgica completa. Nestes casos e na disponibilidade de referências para tal, podem ser utilizadas as estratégias de crioterapia ou laserterapia cirúrgica. Nos casos em que a equipe opte por acompanhamento clínico do comportamento das leucoplasias, importante salientar que não há um Manual que indique de maneira precisa em que intervalos o paciente deve ser reavaliado. De maneira genérica indica-se que lesões que estejam localizadas em regiões mais classicamente associadas à malignização, tais como ventre e bordo lingual, palato mole, orofaringe e lábio, devam ser reavaliadas em intervalos menores de tempo e que o paciente seja orientado quanto ao potencial de malignização, necessidade de exames preventivos para o câncer bucal (realizados na APS ou CEO) e interrupção ou controle dos hábitos de tabagismo e etilismo.

- **Queilite actínica**

Processo degenerativo dos tecidos do lábio onde ocorrem endurecimento e alterações do epitélio que podem assumir diferentes lesões fundamentais (placa, atrofia, úlcera e/ou crosta). Histologicamente a definição da lesão depende de observação do fenômeno definido como elastose.

- ✓ **Manifestações Clínicas**

Atrofia, placas, úlceras e/ou crostas majoritariamente localizadas no lábio inferior. Perda de delimitação entre o vermelhão do lábio e da pele. Muitas vezes erroneamente identificada como parte do processo de envelhecimento. É uma das lesões onde o potencial de malignização tem sido mais negligenciado e, portanto, adota-se como um protocolo para o CEO uma atenção mais rigorosa com pacientes que manifestem tais alterações ou que tenham histórico de excessiva exposição solar, seja por fatores ocupacionais ou outros.

- ✓ **Diagnóstico**

Pode ser definido clinicamente caso as lesões descritas no item anterior sejam suficientes para tal assim como podem ser submetidas à biópsia incisional. A decisão pela biópsia incisional é principalmente influenciada pela presença de um conjunto de alterações epiteliais, principalmente os processos de erosão ou úlcera com endurecimento dos bordos. A citologia esfoliativa costuma não fornecer amostras suficientes para caracterização diagnóstica de atipias epiteliais em virtude da escassez de material que pode ser removida a partir do epitélio labial, diferentemente do seu uso em mucosa da boca. As evidências apontam ainda que nem sempre as características

histológicas de atipia mais intensas estão de acordo com um quadro clínico mais grave o que compromete muitas vezes o julgamento por parte do clínico. Sugere-se que pacientes com queilite actínica, diagnosticada clínica ou histologicamente, sejam acompanhados e instruídos sobre a necessidade de procedimentos preventivos e exames periódicos sendo que tal periodicidade tem sido preconizada com a realização de dois exames anuais.

✓ **Tratamento**

Ficará sempre sujeito ao grau de comprometimento epitelial definido pela biópsia incisional. Caso não haja presença de atipias, ou as mesmas manifestem-se discretas, sugere-se acompanhamento clínico periódico e uso de pomadas cicatrizantes por períodos não inferiores a trinta dias. A proteção, particularmente do lábio inferior, deve ser fortemente preconizada pelos profissionais com indicação de filtro solar em bastão aplicado na região sempre que o paciente estiver exposto ao sol. Nos casos de identificação histológica de atipias moderada à intensa, os pacientes poderão ser encaminhados para uma equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço que poderá avaliar a indicação do procedimento de vermelhectomia ou ainda receber atenção por parte do dermatologista ou estomatologista com terapias que provoquem descamação e posterior reepitelização do lábio tais como o uso de pomadas de 5-fluoracil e ácido tricloroacético. A laserterapia cirúrgica e a crioterapia também estão indicadas nestes casos, porém são menos utilizadas em virtude de sua rara disponibilidade nas unidades de referência especializada. A identificação e o tratamento de lesões de queilite actínica são algumas das questões mais desafiadoras na lógica da detecção precoce do câncer bucal em virtude da limitação diagnóstica e da dificuldade de previsão sobre o potencial de malignização das mesmas. Todo paciente identificado com queilite actínica deve receber atenção mínima de acompanhamento clínico periódico e de estratégias de uso de proteção à exposição solar com uso de chapéu, boné e filtro solar em bastão. Tais medidas podem ser adotadas tanto nas UBS quanto nos CEO.

Uma série de doenças hipo-imunitárias pode levar a um aumento da probabilidade do desenvolvimento de câncer. Para as lesões malignas bucais, a Aids tem sido bastante discutida, particularmente em relação à ocorrência de neoplasias malignas de origem no tecido conjuntivo (linfomas e sarcomas de Kaposi). Doenças raras tais como a Anemia de Fanconi, dentre outras, também se caracterizam por aumento na ocorrência de carcinomas intrabuciais. Apesar disto, não existe um Manual

ou uma conduta específica para estes pacientes. Como as recomendações deste manuscrito envolvem as lesões mais frequentes, por questões de resolutividade e cobertura assistencial, os casos particulares e as exceções não são objetos de planejamento, embora existam. Recomenda-se ainda à equipe do CEO, para efeito de vigilância ao câncer da boca, manter-se estritamente focada no diagnóstico de lesões nas quais as evidências científicas permitam afirmações sobre risco de malignização (leucoplasia, queilite actínica e líquen plano erosivo/ulcerado). As lesões traumáticas, provocadas por próteses removíveis, como principal exemplo, não devem ser tratadas como lesões com potencial de transformação maligna. A exclusão das eritroplasias deste documento justifica-se pela tendência da literatura em classificá-la já como carcinoma *in situ* e não mais como lesão com potencial de malignização.

2 – Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

2.1. Serviços Oferecidos:

a) Cirurgia Buco-Dentária

- Retenções, inclusões ou impactações 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.

b) 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 da Articulação Tempor-Madibular (ATM).

c) Cirurgias de Buco-Maxilo-Faciais

- Cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais;
- Osteoplastias/osteotomias maxilares ambulatoriais.

2.2. 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 e queilite angular. 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.

2.3. Responsabilidade por nível de atenção

2.3.1. Secundaria: Terão prioridade paciente com as seguintes necessidades:

- Frenectomia;
- Dentes supranumerários;
- Cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos);
- Dentes retidos,
- Inclusos e impactados;
- Lesões não neoplásicas de glândulas salivares;
- Remoção de cistos;
- Tumores dos maxilares;
- Fraturas dos dentes e ossos da face;
- Corpos estranhos;
- Luxação de ATM;
- Anexar a guia de referência no prontuário do usuário;
- Comunicar ao Departamento de Saúde Bucal, por e-mail as seguintes situações:
 - ✓ O nome e a matrícula do usuário que foi agendado para a primeira consulta e que não compareceu;
 - ✓ Pacientes que não compareceram às consultas subsequentes;
 - ✓ Os encaminhamentos que não estiverem de acordo com o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

-
- Incentivar a continuidade do tratamento na Atenção Primária de Saúde (APS);
 - Preencher as duas vias da contra referência, inclusive com as orientações pertinentes. Na primeira via anexar a radiografia final e solicitar que o usuário a entregue para o profissional que o referenciou. A segunda via deverá ser anexada ao prontuário do CEO.

2.3.2. Terciária: Procedimentos cirúrgicos que necessitem intervenção de um especialista em Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-faciais em ambiente hospitalar, para onde o CEO deve referenciar os pacientes com tais necessidades.

2.4. Primeira Consulta

2.4.1. Observação dos critérios de referência e contrarreferência

Considerar, por meio de verificação da ficha de encaminhamento e exame bucal do usuário, se a situação referenciada teve respeitados os critérios pactuados com a especialidade na construção dos protocolos de fluxos.

2.4.2. Anamnese

Deverá ser realizada anamnese, com coleta de dados da situação socioeconômica, história médica e dentária, avaliação das condições locais e sistêmicas do paciente com o objetivo de estabelecer o diagnóstico da doença corretamente, realizar o planejamento cirúrgico e identificar a melhor oportunidade para a intervenção, evitando-se assim, intercorrências durante o trans e o pós operatório.

Considerar os seguintes aspectos essenciais para a cirurgia:

- Angina;
- Enfarto do miocárdio;
- Outras cardiopatias;
- Desordens sanguíneas;
- Uso de anticoagulantes;
- Diabetes;
- Uso continuado de antibióticos ou corticosteróides;
- Desordens convulsivas;
- Gravidez e amamentação;
- Asma;
- Doença pulmonar;
- Tuberculose;
- Hepatite;

-
- Doenças sexualmente transmissíveis;
 - Doença renal;
 - Hipertensão;
 - Próteses implantadas;
 - Alergia a medicamentos e substâncias;
 - Revisão do sistema imunológico;
 - Problemas no sistema de coagulação;
 - Condições patológicas hepáticas e/ou renais;
 - Deficiência nutricional ou de metabolização;
 - Infecções prévias recentes;
 - Avitaminoses;
 - Alterações metabólicas;
 - Interações medicamentosas;
 - Histórico de deficiências do processo de cicatrização e consolidação óssea.

2.4.3. Exame físico

- **Extrabucal**
 - ✓ Avaliação da morfologia crânio-facial óssea, muscular e tegumentar;
 - ✓ Verificação da ocorrência de Perfil esquelético associado à má-oclusão de classe II e III, ou problemas verticais (mordida aberta, por exemplo) ou laterolaterais;
 - ✓ Palpação dos tecidos faciais, cadeias ganglionares cervicofaciais associadas a lesões evidentes ou não.
 - ✓ Averiguação da ocorrência de queixas de sintomas recentes: febre, suor ou sudorese, perda de peso, fadiga, mal-estar, perda de apetite.
 - Cabeça: cefaléia, vertigem, desmaio, insônia.
 - Ouvidos: diminuição da audição, tinido (zumbido), dor.
 - Olhos: embaçamento, visão dupla, lacrimejamento em excesso, secura, dor.
 - Nariz e seios paranasais: rinorréia, epistaxe, dificuldade de respirar pelo nariz, dor, alteração do olfato.
 - ATM: dor, crepitação, limitação de movimento.
 - Boca: sensibilidade ou dor dentária, úlceras em lábios ou mucosas, problemas de mastigação, problemas de fala, mau hálito, restaurações ausentes, infecções dentárias.

- **Intrabucal**

Observar alterações na consistência, coloração e/ou sintomatologias associadas às mucosas de revestimento (mucosa jugal, assoalho bucal, ventre da língua, palato mole e lábios), mucosas mastigatórias (gengivas e palato duro), mucosas especializadas (dorso da língua), rebordos ósseos e oclusão dentária.

2.4.4. Exames complementares

- Exames laboratoriais: exames de sangue (hemograma, prova de coagulação, glicemia, etc.).
- Exames microbiológicos, exames bioquímicos, exames histopatológicos, imunohistoquímicos, etc.
- Exames imaginológicos: radiográficos (periapicais, oclusais, panorâmica, cefalometrias de perfil e frontal, demais radiografias craniofaciais), tomografias computadorizadas craniofaciais, ressonância magnética craniofaciais, cintilografias ósseas.

2.5. Procedimentos de cirurgia buco-dentária

a) Exodontias complexas de retenções, inclusões ou impactações dentárias.

Retenção dentária caracteriza-se pela incapacidade de erupção total de um dente para realizar sua função mastigatória. Tal retenção pode ser óssea, mucosa, impactação em outro dente, etc.

- **Indicações**

O tratamento será eletivo para remoção ~~e/ou aproveitamento~~ de dentes inclusos, com maior frequência os terceiros molares superiores e inferiores, por indicação preventiva ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estes.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou Iodopovidona (PVPI) tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa do dente e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão com extensão proximal dos dentes envolvidos de forma a permitir o acesso e a exposição do sítio cirúrgico;
- ✓ Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório;
- ✓ Descolamento e afastamento do retalho fibromucoso;

-
- ✓ Identificação da condição de impactação óssea e relação com dentes ou estruturas vizinhas;
 - ✓ Osteotomia para acesso (se necessário) e odontosseção (se necessário) com brocas cirúrgicas em turbinas de alta rotação, copiosamente irrigadas com água destilada ou soro fisiológico a 0,9%, ou ainda com brocas e micro-motores de baixa rotação irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico;
 - ✓ Remoção das estruturas dentárias com uso de alavancas ou fórceps;
 - ✓ Limagem e alisamento das paredes alveolares remanescentes (quando necessário).
 - ✓ Irrigação com soro fisiológico do campo operatório;
 - ✓ Readaptação do retalho incluindo compressão da área;
 - ✓ Suturas;
 - ✓ Recomendações pós operatórias:
 - Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
 - Não mastigar no local durante 10 dias;
 - Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada durante 10 dias;
 - Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Utilização da medicação prescrita.
 - **Terapia medicamentosa**
 - ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e ou anti-inflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
 - ✓ Prescrição de dexametasona 4mg a 8mg somente no pré-operatório uma hora antes da cirurgia em procedimentos múltiplos, ou uso de osteotomias.
 - ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão. Observar manuais para antibioticoterapia profilática em pacientes especiais.
 - ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos via oral no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.
 - **Cuidados**
 - ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia. Considerar o risco de fraturas dentárias e/ou ósseas;
-

-
- ✓ Lesão do nervo dentário inferior ou nervo lingual na remoção dos terceiros molares inferiores.

- **Conduitas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.

- **Proservação**

- ✓ Entre 7 e 10 dias após o tratamento cirúrgico e remoção de suturas, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
- ✓ Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento retornam à Atenção Básica para manutenção.
- ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.

Obs.: Verificar sempre a possibilidade de reaproveitamento do dente ortodonticamente ou para transplante dental.

b) Desinserções de tecidos moles (inclusive Frenectomia), cirurgias de tecidos moles com finalidade protética, cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais.

Cirurgias realizadas em tecidos moles bucais com a finalidade de restabelecer sua função e estética, bem como facilitar a reabilitação protética do paciente.

- **Indicações**

Em casos de inserções musculares altas que provocam retrações gengivais ou impedem a estabilidade de próteses dentárias nos rebordos alveolares ou em freios labial e lingual que impedem a funcionalidade normal destas estruturas.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou PVPI tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa da área e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão no plano e na forma indicada, com uso de bisturi frio ou preferencialmente com uso de eletrocautério;
- ✓ Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório;

-
- ✓ Descolamento e afastamento do retalho fibromucoso (quando indicado);
 - ✓ Irrigação com soro fisiológico;
 - ✓ Readaptação do retalho incluindo compressão da área;
 - ✓ Suturas em planos de acordo com a técnica planejada;
 - ✓ Recomendações pós operatórias:
 - Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
 - Evitar falar em excesso;
 - Não mastigar no local;
 - Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada;
 - Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Utilização de medicação prescrita.
 - **Terapia medicamentosa**
 - ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e/ou anti-inflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas, respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante dez dias.
 - ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão.
 - ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos via oral no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.
 - **Cuidados**
 - ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
 - ✓ Lesão dos nervos mentonianos e infra-orbitários.
 - **Condutas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.
 - **Proservação**
 - ✓ Entre 7 e 15 dias após o tratamento cirúrgico e remoção de suturas, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
 - ✓ Pacientes que responderem adequadamente ao tratamento deverão retornar à Atenção Básica para manutenção.
-

-
- ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.

Obs.: Lembrar sempre a possibilidade de indicação dos implantes ósseos integrados em pacientes com reabsorções severas dos maxilares.

c) Cirurgias ósseas alveolares com finalidade protética e ou estético-funcionais

Alterações morfológicas dos rebordos ósseos alveolares dos maxilares que impedem a adaptação funcional de próteses e/ou exostoses ósseas dos maxilares.

- **Indicações**

Tratamento cirúrgico eletivo para remoção óssea, alterações morfológicas dos alvéolos dos maxilares e/ou exostoses ósseas, por indicação preventiva, protética, ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estas.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou PVPI tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa da área e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão intrasulcular com extensão proximal dos dentes envolvidos de forma a permitir o afastamento do retalho;
- ✓ Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório;
- ✓ Descolamento e afastamento do retalho fibromucoso;
- ✓ Identificação das estruturas ósseas e o pano ósseo a ser removido bem como respeito às estruturas vizinhas;
- ✓ Osteotomia para correção e remoção dos excessos com uso de brocas cirúrgicas em turbinas de alta rotação copiosamente irrigadas com água destilada ou soro fisiológico a 0,9% e micro serras recíprocante ou oscilatória, ou ainda com brocas e micro-motores de baixa rotação irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico;
- ✓ Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes;
- ✓ Irrigação do campo operatório com soro fisiológico ou água destilada;
- ✓ Readaptação do retalho incluindo compressão da área;
- ✓ Suturas;
- ✓ Recomendações pós operatórias:

-
- Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
 - Não mastigar no local durante 10 dias;
 - Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada durante 03 dias;
 - Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Utilização da medicação prescrita.
- **Terapia medicamentosa**
 - ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e/ou anti-inflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas, respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
 - ✓ Prescrição de dexametasona 4mg no pré-operatório uma hora antes da cirurgia em procedimentos múltiplos ou uso de osteotomias.
 - ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão ou em cirurgias ósseas.
 - ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.
 - **Cuidados**
 - ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
 - ✓ Lesão do nervo dentário inferior ou nervo lingual.
 - **Condutas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.
 - **Proservação**
 - ✓ Entre 7 e 21 dias após o tratamento cirúrgico e remoção de suturas, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
 - ✓ Pacientes que responderem adequadamente ao tratamento devem retornar à Atenção Básica para manutenção.
 - ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.
- Obs.:** Lembrar sempre a possibilidade de reaproveitamento da estrutura óssea para a reabilitação, enxertos ósseos e implantes ósseo-integrados.
-

d) Cirurgias de lesões dentárias periapicais

Cirurgias com acessos cirúrgicos às raízes ou seus ápices radiculares com a finalidade de removê-las (apicectomia) e /ou retro-obturá-las.

- **Indicações**

Tratamento cirúrgico de dentes com insucesso do tratamento endodôntico convencional e/ou patologias associadas ao periápice dental.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou PVPI tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa da área e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão intrasulcular com extensão proximal dos dentes adjacentes aos dentes envolvidos de forma a permitir o afastamento do retalho e acesso ao ápice dental;
- ✓ Aspiração contínua de sangue e líquidos utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório;
- ✓ Descolamento e afastamento do retalho fibromucoso;
- ✓ Identificação das estruturas ósseas e o plano ósseo a ser removido bem como respeito às estruturas vizinhas;
- ✓ Osteotomia para acesso ao ápice ou foco radicular, apicectomia, preparo cavitário para retro-obturação (quando necessário) com uso de brocas cirúrgicas em turbinas de alta rota o copiosamente irrigadas com água destilada ou soro fisiológico a 0,9% ou ainda com brocas e micro-motores de baixa rota o irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico;
- ✓ Retro-obtura o com cimentos a base de Mineral Trióxido Agregado (MTA) ou a base de hidróxido de cálcio;
- ✓ Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes;
- ✓ Irriga o do campo operatório com soro fisiológico ou água destilada;
- ✓ Readapta o do retalho incluindo compressão da  rea;
- ✓ Suturas;
- ✓ Recomenda es p s operatórias:
 - Aplica o de frio nas primeiras 24 horas;
 - Não mastigar no local;
 - Alimenta o líquida/pastosa, fria/gelada;

-
- Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Utilização da medicação prescrita.

- **Terapia medicamentosa**

- ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e/ou anti-inflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas, respectivamente, na presença de dor e inflamação.
- ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
- ✓ Prescrição de dexametasona 4mg no pré-operatório, uma hora antes da cirurgia, em procedimentos múltiplos ou nos casos em que está indicado o uso de osteotomias.
- ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão ou em cirurgias ósseas.
- ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.

- **Cuidados**

- ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- ✓ Considerar o risco de traumas aos dentes adjacentes; caso ocorra, avaliar a necessidade de encaminhamento para tratamento endodôntico.

- **Condutas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.

- **Proservação**

- ✓ Entre 7 e 21 dias após o tratamento cirúrgico e remoção de suturas, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
- ✓ Pacientes que responderem adequadamente ao tratamento devem retornar à Atenção Básica para manutenção.
- ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.

e) **Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos ossos maxilares, Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intra-ósseos dos maxilares**

Tratamento cirúrgico para remoção ou controle dos processos infecciosos, cistos e tumores de ocorrência comum nos maxilares, de origem odontogênica ou não-odontogênica.

- **Indicações**

Tratamento cirúrgico e ou medicamentoso dos processos infecciosos bacterianos, fúngicos ou virais dos maxilares e anexos, dos processos císticos, pseudotumorais e tumorais benignos de ocorrência comum nos maxilares.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou PVPI tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa da área e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão intrasulcular com extensão proximal dos dentes adjacentes aos dentes envolvidos de forma a permitir o afastamento do retalho, bem como o acesso e a exposição do sítio cirúrgico;
- ✓ Aspirações contínuas de sangue e líquidos, utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório;
- ✓ Descolamento e afastamento do retalho fibromucoso;
- ✓ Identificação das estruturas ósseas e o plano ósseo a ser removido bem como respeito às estruturas vizinhas;
- ✓ Osteotomia para acesso ao sítio da lesão com o uso de brocas cirúrgicas em turbinas de alta rotação copiosamente irrigadas com água destilada ou soro fisiológico a 0,9%, com micro serras recíprocante ou oscilatória ou ainda com brocas e micro-motores de baixa rotação irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico;
- ✓ Exérese da lesão ou acesso para marsupialização, diante de lesões císticas;
- ✓ Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes;
- ✓ Irrigação do campo operatório com soro fisiológico ou água destilada;
- ✓ Readaptação do retalho;
- ✓ Suturas;
- ✓ Recomendações pós operatórias:
 - Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
 - Não mastigar no local;
 - Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada;
 - Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Utilização da medicação prescrita.

- **Terapia medicamentosa**

- ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e ou antiinflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
- ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
- ✓ Prescrição de dexametasona 4mg no pré-operatório, uma hora antes da cirurgia, em procedimentos múltiplos ou nos casos em que está indicado o uso de osteotomias.
- ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão ou em cirurgias ósseas.
- ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.

- **Cuidados**

- ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia. Considerar o risco de fraturas ósseas, caso ocorra encaminhar ao centro de referência em nível terciário.
- ✓ Riscos hemorrágicos
- ✓ Lesão do nervo dentário inferior ou nervo lingual nos procedimentos em 3º molares inferiores.

- **Condutas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.

- **Proservação**

- ✓ O paciente deverá ser reavaliado no CEO a cada três meses com radiografia de controle no primeiro ano após a cirurgia.
- ✓ Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento deverão retornar à Atenção Básica para manutenção.
- ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.

Obs.: No tratamento destas lesões deve-se levar em consideração a possibilidade de reabilitação do paciente após a cura.

f) Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos dos tecidos moles

Tratamento cirúrgico para remoção ou controle dos cistos e tumores de ocorrência comum nos tecidos moles de origem odontogênica ou não-odontogênica.

- **Indicações**

Tratamento cirúrgico dos processos císticos, pseudotumorais e tumorais benígnos dos tecidos moles, na região buco-facial.

- **Sequência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou PVPI tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa da área e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão da mucosa com extensão suficiente para a divulsão e o afastamento do retalho, bem como o acesso e a exposição da lesão a ser eliminada;
- ✓ Aspiraões contínuas de sangue e líquidos, utilizados na irrigação e lavagem do campo operatório;
- ✓ Divulsão e afastamento do retalho fibromucoso;
- ✓ Exérese da lesão ou acesso para marsupialização, diante de lesões císticas;
- ✓ Irrigação do campo operatório com soro fisiológico ou água destilada;
- ✓ Readaptação do retalho;
- ✓ Suturas;
- ✓ Recomendações pós operatórias:
 - Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
 - Não mastigar no local;
 - Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada;
 - Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Utilização da medicação prescrita.

- **Terapia medicamentosa**

- ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e ou antiinflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
- ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
- ✓ Prescrição de dexametasona 4mg no pré-operatório, uma hora antes da cirurgia, em procedimentos múltiplos ou nos casos em que está indicado o uso de osteotomias.

-
- ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão ou em cirurgias ósseas.
 - ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.

- **Cuidados**

- ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia. Considerar o risco de fraturas ósseas, caso ocorra encaminhar ao centro de referência em nível terciário.
- ✓ Riscos hemorrágicos

- **Condutas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.

- **Proservação**

- ✓ O paciente deverá ser reavaliado no CEO a cada três meses.
- ✓ Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento deverão retornar à Atenção Básica para manutenção.
- ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.

g) Tratamento dos processos infecciosos da face e das sinusopatias maxilares de origem odontogênica associadas ou não a comunicações buco-sinusais ou buco-nasais

Procedimento cirúrgico que tem por objetivo tratar processos infecciosos de origem odontogênica, fistulosos ou não.

- **Indicações**

Tratamento cirúrgico de processos infecciosos dos seios maxilares e/ou comunicações buco-sinusais de origem odontogênica.

- **Seqüência de intervenção**

- ✓ Antissepsia extrabucal com clorexidina saponácea a 2% ou 4% ou iodopovidona tópico;
- ✓ Antissepsia intrabucal com bochecho de clorexidina 0,12% por dois minutos;
- ✓ Anestesia tópica nas regiões a serem puncionadas;
- ✓ Anestesia infiltrativa por bloqueio e/ou terminal infiltrativa da área e estruturas anexas;
- ✓ Isolamento e secagem do campo operatório com gaze;
- ✓ Incisão e acesso ao campo cirúrgico;

-
- ✓ Aspiração contínua de sangue e líquidos usados na irrigação e lavagem do campo operatório.;
 - ✓ Descolamento e afastamento do retalho fibromucoso;
 - ✓ Osteotomia para acesso ao sítio da lesão com o uso de brocas cirúrgicas em turbinas de alta rotação copiosamente irrigadas com água destilada ou soro fisiológico a 0,9%, com micro serras recíprocante ou oscilatória ou ainda com brocas e micro-motores de baixa rotação irrigados, ou cinzéis e martelo cirúrgico;
 - ✓ Curetagem e lavagem do seio maxilar em casos de sinusopatias maxilar e crônicas;
 - ✓ Deslocamento do retalho para oclusão da fístula (se necessário) ou uso do corpo adiposo da bochecha para fechamento da fístula buco-sinusal;
 - ✓ Limagem e alisamento das estruturas ósseas remanescentes (quando necessário);
 - ✓ Readaptação do retalho sem tensão;
 - ✓ Suturas;
 - ✓ Recomendações pós operatórias:
 - Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
 - Não mastigar no local;
 - Alimentação líquida/pastosa, fria/gelada;
 - Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;
 - Evitar assoar e/ou prender espirros;
 - Utilização de medicação prescrita.
 - **Terapia medicamentosa**
 - ✓ Prescrição de analgésico (paracetamol 500mg) e/ou antiinflamatórios não-esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas, respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias.
 - ✓ Prescrição de dexametasona 4mg no pré-operatório uma hora antes da cirurgia em procedimentos múltiplos ou nos casos em que está indicado o uso de osteotomias.
 - ✓ Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão ou em cirurgias ósseas.
 - ✓ Em pacientes ansiosos, considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos no pré-operatório, meia hora antes da cirurgia.
 - **Cuidados**
-

-
- ✓ Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia. Considerar o risco de complicações infecciosas dos seios da face; caso ocorra, encaminhar ao serviço de referência especializado em nível terciário.
 - ✓ Riscos hemorrágicos.
 - ✓ Lesão do nervo infra-orbitário.
 - **Condutas em caso de urgência/emergência**

Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, caso seja necessário. Realizar as abordagens possíveis, de acordo com a situação de urgência/emergência e, quando necessário, encaminhar aos outros serviços de referência especializados.
 - **Proservação**
 - ✓ O paciente deverá ser reavaliado no CEO a cada três meses com radiografia de controle no primeiro ano após a cirurgia.
 - ✓ Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento deverão retornar à Atenção Básica para manutenção.
 - ✓ Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós operatória deverão receber acompanhamento adicional.
- Obs.:** Considerar sempre a dificuldade técnica do procedimento e a preparação humana e do ambiente necessário para realizar tal procedimento

3 - Endodontia

3.1. Serviços Oferecidos

- Biopulpectomia
- Necropulpectomia
- Retratamento de canal

3.2. 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 Unidade Básica de Saúde (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.

3.3. Motivos mais frequentes de encaminhamento:

- Pulpite Irreversível;
- Pulpites Crônicas Ulcerativas e /ou hiperplásicas;
- Polpa exposta por cárie;
- Necrose Pulpar;
- Abscessos dentoalveolares;
- Traumatismo dentoalveolares com comprometimento da polpa;
- Reabsorções internas ou externas;

3.4. Responsabilidade da Atenção Secundária:

- a) Tratamento endodôntico em dente com polpa viva;
- b) Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade;
- c) Retratamento endodôntico;
- d) Tratamento de perfurações radiculares;
- e) Anexar a guia de referência no prontuário do usuário;
- f) Comunicar ao Departamento de Saúde Bucal, por e-mail as seguintes situações:
 - O nome e a matrícula do usuário que foi agendado para a primeira consulta e que não compareceu;
 - Pacientes que não compareceram às consultas subsequentes;
 - Os encaminhamentos que não estiverem de acordo com o protocolo da SMS;
- g) Incentivar a continuidade do tratamento na APS;
- h) Preencher as duas vias da contra referência, inclusive com as orientações pertinentes. Na primeira via anexar a radiografia final e solicitar que o usuário a entregue para o profissional que o referenciou. A segunda via deverá ser anexada ao prontuário do CEO.

3.5. Primeira Consulta na Atenção Especializada

3.5.1. Observação dos critérios de referência e contrarreferência

Considerar, por meio de verificação da ficha de encaminhamento e exame bucal do usuário, se a situação referenciada teve respeitados os critérios pactuados com a especialidade na construção dos protocolos de fluxos.

3.5.2. Anamnese

Realizar anamnese detalhada, com registro de dados pessoais e da situação geral de saúde, incluindo a história médica progressiva e a história de doenças/ agravos na família, cuja determinação ou influência genética é importante; verificar o uso de medicações; avaliar o motivo do encaminhamento e aspectos que influenciam o problema; identificar e tentar minimizar as possíveis ansiedades ou medos em relação ao atendimento, esclarecer dúvidas e/ou questões apresentadas pelo usuário, etc. Observar a presença ou não de dor.

3.5.3. Exames Físicos

a) Extrabucal

É realizada por um conjunto de inspeção, palpação e avaliação funcional da forma facial, pele facial, tecidos faciais, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço, articulação temporomandibular.

É essencial verificar a presença de nódulos, abscessos ou edemas.

b) Intrabucal (além dos exames de rotina)

Avaliar tecidos moles, exame dental e exame periodontal observando os seguintes aspectos considerados essenciais:

- Presença de mobilidade dentária
- Condições da coroa clínica
- Se houve aplicação de curativo de demora
- Se houve remoção da cárie dentária
- Presença de abaulamento periapical

c) Exames Complementares

Radiografia periapical

3.6. Procedimentos Endodônticos Convencionais:

3.6.1. Tratamentos endodôntico em dentes com polpa viva

Tratamento endodôntico em dentes permanentes que sofreram extirpação da polpa dental que apresentava vitalidade.

a) Indicações

Realizar o fechamento hermético do canal radicular, impedindo a instalação de processo infeccioso, possibilitando o selamento biológico apical e contribuindo para a manutenção do elemento dentário na arcada.

b) Sequência de intervenção

- Tomada radiográfica periapical inicial;

-
- Anestesia;
 - Isolamento absoluto do campo operatório;
 - Assepsia;
 - Acesso à câmara pulpar estabelecendo uma forma de conveniência;
 - Localização das entradas dos canais radiculares;
 - Exploração dos canais radiculares (cateterismo);
 - Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria;
 - Odontometria, estabelecendo o Comprimento Real de Trabalho (CRT) de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice;
 - Remoção da polpa radicular no nível da união cimento-dentina-canal (limite CDC);
 - Preparo biomecânico do canal radicular estabelecendo a conicidade do conduto;
 - Tomada radiográfica com a finalidade de ‘prova do cone principal’;
 - Obturação radicular;
 - Tomada radiográfica periapical final;
 - Selamento coronário.

c) **Terapia medicamentosa**

- **Uso tópico:** associação corticoide-antibiótico, por exemplo: hidrocortisona +neomicina+polimixina B, como medicação intracanal ou Callen (curativo de demora).
- **Uso sistêmico:**
 - ✓ *Prescrição de analgésico:* paracetamol (500-750 mg) em intervalos de 4 horas e ou antiinflamatórios não esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Antibioticoterapia:
 - Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose); presença de imunodepressão; endocardite bacteriana.
 - Esquemas de administração: penicilina V (500.000 UI), via oral (VO), em intervalos de 6 horas por 7 dias; ou amoxicilina (500 mg), VO, em intervalos de 8 horas por 7 dias; ou eritromicina (250 mg), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias; ou claritromicina (250 mg), VO, em intervalos de 12 horas por 7 dias; ou azitromicina (500 mg), VO, intervalos de 24h por 3 a 5 dias;

d) Condutas em caso de urgência/emergência

- **Pericementite**

- ✓ Retirada do selamento coronário para descompressão;
- ✓ Irrigação com hipoclorito de sódio 2,5 %;
- ✓ Renovação do curativo de demora (associação corticóide-antibiótico);
- ✓ Aplicação de novo selamento coronário;
- ✓ Medicação sistêmica, se necessário.

Obs.: Dentes inicialmente tratados como vitais e que sofreram contaminação por perda do selamento coronário ou rompimento do lençol de borracha deverão ser tratados como “dentes sem vitalidade pulpar”.

3.6.2. Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade

Tratamento endodôntico em dentes permanentes que não apresentam vitalidade devido à necrose do tecido pulpar.

a) Indicações

Para o saneamento do sistema de canais radiculares e posterior fechamento hermético do canal radicular, impedindo a reinstalação de processo infeccioso, possibilitando o selamento biológico apical e contribuindo para a manutenção do elemento dentário na arcada.

b) Sequência de intervenção

- **1º Sessão:**

- ✓ Tomada radiográfica periapical inicial;
 - ✓ Anestesia;
 - ✓ Isolamento absoluto do campo operatório;
 - ✓ Assepsia;
 - ✓ Acesso à câmara pulpar estabelecendo uma forma de conveniência;
 - ✓ Neutralizar no sentido coroa/ápice, sem pressão, o conteúdo séptico/tóxico do canal radicular
 - ✓ Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria;
 - ✓ Odontometria, estabelecendo o CRT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice;
 - ✓ Realizar o desbridamento foramina, nos casos de necropulpectomias II e nos casos de necropulpectomias I, quando houver necessidade de drenagem de um abscesso dentoalveolar agudo via canal.
 - ✓ Preparo biomecânico do canal radicular estabelecendo a conicidade do conduto
 - ✓ Curativo de demora

-
- ✓ Selamento provisório
 - **2º Sessão:**
 - ✓ Anestesia;
 - ✓ Isolamento absoluto do campo operatório;
 - ✓ Assepsia;
 - ✓ Acesso à câmara pulpar
 - ✓ Tomada radiográfica com a finalidade de 'prova do cone principal';
 - ✓ Obturação radicular;
 - ✓ Tomada radiográfica periapical final;
 - ✓ Selamento coronário.

c) Terapia medicamentosa

- **Uso tópico:** de acordo com a técnica empregada pelo profissional: Tricresolformalina; Paramonoclorofenol (PMCC); Pasta de hidróxido de cálcio (Calen ou Calen PMCC).
- **Uso sistêmico:**
 - ✓ *Prescrição de analgésico:* paracetamol (500-750 mg) em intervalos de 4 horas e/ou antiinflamatórios não esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ *Antibioticoterapia:*
 - Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose); presença de imunodepressão; endocardite bacteriana.
 - Esquemas de administração: penicilina V (500.000 UI), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias; ou amoxicilina (500 mg) associado com clavulanato de potássio (125mg), VO, em intervalos de 8 horas por 10 dias; ou amoxicilina(500mg) em intervalos de 8 horas por 7dias mais metronidazol(400mg) em intervalo de 6h por 3dias; ou azitromicina (500 mg), VO, intervalos de 24h por 3 a 5 dias; ou clindamicina (300 mg), VO, em intervalos de 6h a 8 horas por 7 dias.

d) Condutas em caso de urgência/emergência

- Pericementite;
- Re-agudização do processo crônico.
 - ✓ Anestesia;
 - ✓ Isolamento absoluto do campo operatório;

-
- ✓ Assepsia;
 - ✓ Acesso à câmara pulpar
 - ✓ Retirada do selamento coronário para descompressão;
 - ✓ Irrigação com solução de hipocloritódio de sódio 2,5%;
 - ✓ Renovação do curativo de demora (paramonoclorofenol; ou pasta de hidróxido de cálcio; ou Calen; ou Calen PMCC);
 - ✓ Aplicação de novo selamento coronário;
 - ✓ Medicação sistêmica, se necessário.

3.7. Procedimento com instrumentos rotatórios de níquel-titânio e cone único

Tratamento endodôntico em dentes permanentes que sofreram extirpação da polpa dental que apresentava vitalidade ou em dentes com polpa morta.

a) Indicações

Realizar o fechamento hermético, limpeza e desinfecção do canal radicular, possibilitando o selamento biológico apical e contribuindo para a manutenção do elemento dentário na arcada.

b) Sequência de intervenção

- Tomada radiográfica periapical inicial;
- Anestesia;
- Isolamento absoluto do campo operatório;
- Assepsia;
- Acesso à câmara pulpar estabelecendo uma forma de conveniência;
- Realizar o Glide Path
- Preparo dos terços cervical e médio com instrumentos rotatórios de Níquel-Titânio (NITI) de grande conicidade;
- Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria;
- Odontometria, estabelecendo o CRT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice;
- Preparo do terço apical com os instrumentos rotatórios de NITI,
- Tomada radiográfica com a finalidade de 'prova do cone único';
- Obturação radicular com cone único
- Tomada radiográfica periapical final;
- Selamento coronário.

c) Terapia medicamentosa

-
- **Uso tópico:** de acordo com a técnica empregada pelo profissional: Tricresol formalina; Paramonoclorofenol; Pasta de hidróxido de cálcio; Calen; Calen PMCC.
 - **Uso sistêmico:**
 - ✓ *Prescrição de analgésico:* paracetamol (500-750 mg) em intervalos de 4 horas e/ou anti-inflamatório não esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Antibioticoterapia:
 - Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose); presença de imunodepressão, endocardite bacteriana.
 - Esquemas de administração: penicilina V (500.000 UI), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias; ou amoxicilina (500 mg) associado com clavulanato de potássio (125mg), VO, em intervalos de 8 horas por 10dias; ou amoxicilina (500mg) em intervalos de 8 horas por 7dias mais metronidazol (400mg) em intervalo de 6h por 3dias; ou azitromicina (500 mg), VO, intervalos de 24h por 3 a 5 dias; ou clindamicina (300 mg), VO, em intervalos de 6h a 8 horas por 7 dias.

d) Condutas em caso de urgência/emergência

- Pericementite;
- Re-agudização do processo crônico;
- Contaminação por rompimento do lençol de borracha ou perda do selamento coronário.
 - ✓ Anestesia;
 - ✓ Isolamento absoluto do campo operatório;
 - ✓ Assepsia;
 - ✓ Acesso à câmara pulpar
 - ✓ Retirada do selamento coronário para descompressão;
 - ✓ Irrigação com solução de hipoclorito de sódio 2,5%;
 - ✓ Renovação do curativo de demora (paramonoclorofenol; ou pasta de hidróxido de cálcio; ou Calen; ou Calen PMCC);
 - ✓ Aplicação de novo selamento coronário;
 - ✓ Medicação sistêmica, se necessário.

Obs.: Dentes inicialmente tratados como vitais e que sofreram contaminação por perda do selamento coronário ou rompimento do lençol de borracha deverão ser tratados como “dentes sem vitalidade pulpar”.

3.8. Retratamento endodôntico em dentes permanentes

Novo tratamento endodôntico decorrente do insucesso do tratamento anterior.

a) Indicações

Para correção de causas de insucesso no tratamento anterior, objetivando o fechamento hermético do canal radicular, impedindo a reinstalação de processo infeccioso, possibilitando o selamento biológico apical e contribuindo para a manutenção do elemento dentário na arcada.

b) Sequência de intervenção

- Tomada radiográfica periapical inicial;
- Anestesia;
- Isolamento absoluto do campo operatório;
- Assepsia;
- Acesso à câmara pulpar estabelecendo uma forma de conveniência;
- Remoção do material obturador;
- Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria;
- Odontometria, estabelecendo o CRT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice;
- Preparo biomecânico do canal radicular estabelecendo a conicidade do conduto;
- Tomada radiográfica com a finalidade de 'prova do cone principal';
- Obturação radicular;
- Tomada radiográfica periapical final;
- Selamento coronário.

c) Terapia medicamentosa

- **Uso tópico:** => de acordo com a técnica empregada pelo profissional; tricresol formalina; ou paramonoclorofenol, pasta de hidróxido de cálcio (curativo de demora); ou Calen; ou Calen PMCC;
- **Uso sistêmico:**
 - ✓ *Prescrição de analgésico:* paracetamol (500-750 mg) em intervalos de 4 horas e/ou antiinflamatórios não esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ Antibioticoterapia:

-
- Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose); presença de imunodepressão; endocardite bacteriana.
 - Esquemas de administração: penicilina V (500.000 UI), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias; ou amoxicilina (500 mg) associado com clavulanato de potássio (125mg), VO, em intervalos de 8 horas por 10dias; ou amoxicilina (500mg) em intervalos de 8 horas por 7dias mais metronidazol (400mg) em intervalo de 6h por 3dias; ou azitromicina (500 mg), VO, intervalos de 24h por 3 a 5 dias; ou clindamicina (300 mg), VO, em intervalos de 6h a 8 horas por 7 dias.

d) Condutas em caso de urgência/emergência

- Pericementite.
- Reagudização do processo crônico.
- Contaminação por rompimento do lençol de borracha ou perda do selamento coronário.
 - ✓ Anestesia;
 - ✓ Isolamento absoluto do campo operatório;
 - ✓ Assepsia;
 - ✓ Acesso à câmara pulpar
 - ✓ Retirada do selamento coronário para descompressão;
 - ✓ Irrigação com solução de hipoclorito de sódio 2,5%;
 - ✓ Renovação do curativo de demora (paramonoclorofenol ou pasta de hidróxido de cálcio; ou Calen; ou Calen PMCC);
 - ✓ Aplicação de novo selamento coronário;
 - ✓ Medicação sistêmica, se necessário.

Obs.:

- Todo retratamento deverá ser considerado como um tratamento de “dente sem vitalidade”.
- Em caso de insucesso deverá ser encaminhado para cirurgia paraendodôntica.

3.9. Tratamento de perfurações radiculares

Tratamento que visa reparar perfurações na raiz dentária.

a) Indicações

Para reparo da perfuração e prevenção do aparecimento de lesão endo-periodontal que acarretaria a perda dentária.

b) Sequência de intervenção

- Tomada radiográfica periapical inicial;
- Anestesia;
- Isolamento absoluto do campo operatório;
- Assepsia;
- Acesso à câmara pulpar estabelecendo uma forma de conveniência;
- Remoção do material obturador, quando houver;
- Tomada radiográfica com a finalidade de realizar a odontometria;
- Odontometria, estabelecendo o CRT de 0,5 a 1,0 mm aquém do ápice;
- Preparo biomecânico do canal radicular estabelecendo a conicidade do conduto;
- Aplicação do Trióxido Mineral Agregado (MTA);
- Tomada radiográfica com a finalidade de “prova do cone principal” e constatação do fechamento da perfuração;
- Obturação radicular;
- Tomada radiográfica periapical final;
- Selamento coronário.

c) Terapia medicamentosa

- **Uso tópico:** => de acordo com a técnica empregada pelo profissional: tricresol formalina; ou paramonoclorofenol, ou pasta de hidróxido de cálcio; ou Calen; ou Calen PMCC;
- **Uso sistêmico:**
 - ✓ *Prescrição de analgésico:* paracetamol (500-750 mg) em intervalos de 4 horas e/ou anti-inflamatórios não esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
 - ✓ *Antibioticoterapia:*
 - Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose); presença de imunodepressão, endocardite bacteriana.
 - Esquemas de administração: penicilina V (500.000 UI), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias; ou amoxicilina (500 mg) associado com clavulanato de potássio (125mg), VO, em intervalos de 8 horas por 10dias; ou amoxicilina (500mg) em intervalos de 8 horas por 7dias mais metronidazol (400mg) em intervalo de 6h por

3 dias; ou azitromicina (500 mg), VO, intervalos de 24h por 3 a 5 dias; ou clindamicina (300 mg), VO, em intervalos de 6h a 8 horas por 7 dias.

d) Cuidados

Perda dentária dependendo do grau de severidade e região da perfuração.

e) Condutas em caso de urgência/emergência

- Retirada do selamento coronário para descompressão;
- Irrigação com solução indicada para o caso;
- Renovação do curativo de demora indicado para o caso;
- Aplicação de novo selamento coronário;
- Medicação sistêmica, se necessário.

4 - Periodontia

4.1. Serviços Oferecidos

- a) Raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) de maior complexidade
- b) Cirurgia de acesso;
- c) Cirurgia de acesso com plastia de furca;
- d) Gengivectomia;
- e) Aumento de coroa clínica;
- f) Gengivoplastia;

4.2. Preparo prévio a ser realizado na Atenção Básica

Todo usuário deverá receber procedimentos de controle da placa supra(remoção de fatores retentivos e orientação de higiene bucal) e subgengival(RASUB), sendo que o controle de placa supragengival deve preceder a RASUB e o tratamento cirúrgico. Considerar, por meio de verificação da ficha de encaminhamento e exame bucal do usuário, se a situação referenciada respeitou os critérios pactuados com a especialidade na construção dos protocolos de fluxos

4.3. 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.

4.4. Responsabilidade da Atenção Secundária:

- a) Raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) de maior complexidade
- b) Cirurgia de acesso;
- c) Cirurgia de acesso com plastia de furca;
- d) Gengivectomia;
- e) Aumento de coroa clínica;

-
- f) Gengivoplastia;
 - g) Anexar a guia de referência no prontuário do usuário;
 - h) Comunicar ao Departamento de Saúde Bucal, por e-mail as seguintes situações:
 - O nome e a matrícula do usuário que foi agendado para a primeira consulta e que não compareceu;
 - Pacientes que não compareceram às consultas subsequentes;
 - Os encaminhamentos que não estiverem de acordo com o protocolo da SMS;
 - i) Incentivar a continuidade do tratamento na APS;
 - j) Preencher as duas vias da contra referência, inclusive com as orientações pertinentes. Na primeira via anexar a radiografia final e solicitar que o usuário a entregue para o profissional que o referenciou. A segunda via deverá ser anexada ao prontuário do CEO.

4.5. Primeira Consulta

4.5.1. Anamnese (comum a todos os procedimentos descritos nos serviços oferecidos)

Realizar anamnese detalhada observando-se os seguintes aspectos considerados essenciais para a periodontia:

- Tabagismo (quantidade de cigarros por dia, há quanto tempo fuma, ex-fumante e/ou não fumante);
- Diabetes (sim, não, tipo e/ou controle);
- Histórico familiar de doença periodontal (pais, irmãos e parentes próximos);
- Histórico de tratamentos periodontais anteriores;
- Uso de medicamentos bloqueadores de canais de cálcio, reguladores neurológicos e imunossupressores;
- Padrões de higiene bucal;
- Auto-percepção de sinais e sintomas das doenças periodontais.

4.5.2. Exame físico

a) Extrabucal

É realizado por um conjunto de inspeção, palpação e avaliação funcional da forma facial, pele facial, tecidos faciais, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço e articulação temporomandibular.

b) Intrabucal

-
- Avaliar tecidos moles;
 - Exame dental;
 - Exame periodontal com preenchimento da ficha periodontal observando os seguintes aspectos considerados essenciais:
 - ✓ Índice de placa visível,
 - ✓ Índice de sangramento gengival,
 - ✓ Fatores retentivos de placa,
 - ✓ Profundidade de sondagem,
 - ✓ Sangramento periodontal,
 - ✓ Nível de inserção clínica
 - ✓ Lesões de furca.

4.5.3. Exames complementares

- Radiografia periapical.
- Hemograma, coagulograma, glicemia e outros conforme indicação.

4.6. Técnicas

4.6.1. Raspagem e alisamento radicular subgengival (RASUB) com ou sem lesão de furca

Procedimento eletivo no tratamento das periodontites com ou sem envolvimento da furca radicular. Consiste em raspagem e alisamento radiculares da área subgengival, sob anestesia, para a remoção de placa bacteriana e cálculo dental, levando a uma superfície radicular lisa. Pode ser executada com instrumentos manuais ou com combinação de ultra-som, complementado por manual.

a) Indicações:

A remoção da placa e do cálculo subgengivais, como fatores etiológicos das periodontites é a forma de tratamento reconhecida como mais eficaz. Com esse procedimento, a progressão da doença é sustada e a cicatrização ocorre. A RASUB tem por objetivo tratar periodontite, inclusive lesões de furca que são periodontites que se estabelecem na região inter-radicular. Os sinais e sintomas das periodontites são: perda de inserção e perda óssea, associadas à sangramento decorrente da sondagem da área subgengival e/ou supuração; aumento da profundidade de sondagem e/ou recessão gengival. Em estágios mais avançados de perda de

inserção e de inflamação, pode-se observar mobilidade dentária, dificuldade de mastigação, mudança de posição dentária. Halitose também pode ser verificada.

As lesões de furca são classificadas de acordo com o grau de comprometimento da área da furca em:

- Grau I (perda de suporte horizontal não ultrapassa 1/3 da extensão da área da furca);
- Grau II (perda de suporte horizontal ultrapassa 1/3 da extensão da área da furca, sem comprometimento completo da furca);
- Grau III (perda de suporte horizontal completo - lado a lado).

A RASUB está indicada em todos os graus de envolvimento de furca.

b) Sequência de intervenção:

- Anestesia do dente e estruturas periodontais;
- Isolamento relativo;
- Identificação da morfologia e profundidade das bolsas com a sonda periodontal;
- Raspagem com movimentos amplos, utilizando limas, curetas e/ou ultrassom;
- Sondagem da área para verificar presença de depósitos;
- Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos curtos, frequentes e sobrepostos;
- Sondagem da área para verificar lisura superficial;
- Recomendações pós-procedimento.

c) Terapia medicamentosa

- Prescrição de analgésico (paracetamol 500 mg), em intervalos de 4 horas, na presença de dor.
- Em casos onde houver traumatismo tecidual pós-procedimento, dificultando o controle mecânico, deve-se considerar a prescrição de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas.
- Nas consultas subsequentes, havendo hipersensibilidade dentinária, deve-se levar em consideração, primariamente, que a hipersensibilidade dentinária é sujeita ao efeito placebo.

-
- Aplicação profissional de fluor gel acidulado a 1,23% [mínimo em 4 (quatro) sessões, de acordo com o caso clínico]; ou de verniz com 5% de fluoreto de sódio [a cada (2) dois dias, no mínimo em 4 (quatro) sessões, de acordo com o caso] ou de oxalato de potássio (gel) [a cada 2 (dois) dias, sendo no mínimo 4 (quatro) sessões, de acordo com a necessidade do caso clínico].
 - Prescrição de bochechos com solução de fluoreto de sódio a 0,2% [manipular 1 (um) litro de solução – 1 litro de água para 2 g de fluoreto de sódio em pó - sendo que o uso deste deve ser diário, por um período de 3 (três) minutos] ou de dentifício com nitrato de potássio ou similar.

d) Cuidados

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia. A raspagem não deve ser excessiva, pois frequentemente pode gerar hipersensibilidade dentinária, riscos e degraus na superfície radicular.
- Na ocorrência de traumatismo, com rompimento da integridade da papila interdental, recomenda-se sutura.

e) Condutas em caso de urgência/emergência

Configura-se como urgência em periodontia o abscesso periodontal, onde o tratamento de eleição é a drenagem do mesmo e antibioticoterapia considerando-se as particularidades de cada paciente.

f) Proservação

- Entre 30 e 90 dias após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
- Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento retornam à Atenção Básica para manutenção.
- Pacientes que não responderam ao tratamento deverão receber alternativas adicionais, que incluem nova abordagem com ou sem cirurgia e, eventualmente, antibioticoterapia.

Obs.: Em caso de lesão de furca recomenda-se que o paciente utilize gel de clorexidina a 1% uma vez ao dia, localmente associado à escovação da área da furca com unitufo ou interdental.

4.6.2. Cirurgia de acesso

Procedimento cirúrgico que objetiva a utilização do instrumento de raspagem ao biofilme em áreas de difícil acesso e eventualmente a redefinição das dimensões biológicas dos tecidos periodontais supracrestais.

a) Indicações:

A ausência de uma resposta adequada ao procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival pode estar associada à incompleta remoção do biofilme subgengival em áreas de grande profundidade de sondagem ou inacessíveis ao instrumental. Faz-se necessário nestas circunstâncias o levantamento de um retalho gengival que exponha a área inacessível. Após o período de observação da RASUB, a não redução da profundidade de sondagem, aliada ao sangramento na região subgengival e/ou supuração são indicativos da necessidade de tratamento periodontal. Entretanto, a decisão do tratamento deve levar em consideração aspectos gerais do paciente incluindo doenças sistêmicas, tabagismo e locais, como controle inadequado da placa supragengival. A cirurgia de acesso deve ser escolhida como opção preferencial sempre que a ausência de resposta estiver associada a dificuldades de acesso à área subgengival.

b) Sequência de intervenção:

- Anestesia da área;
- Isolamento relativo com gaze;
- Incisão intra-sulcular com a possibilidade de excisão de margem gengival (colar gengival) com extensão proximal dos dentes envolvidos de forma a permitir o afastamento do retalho;
- Afastamento do retalho;
- Remoção do tecido de granulação;
- Identificação da condição das áreas inacessíveis;
- Osteotomia para acesso (somente se necessário);
- Raspagem, utilizando limas, curetas e/ou ultra-som, com movimentos amplos;
- Sondagem da área para verificar presença de depósitos;
- Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos

curtos, frequentes e sobrepostos;

- Sondagem da área para verificar lisura superficial;
- Irrigação com soro fisiológico;
- Readaptação do retalho incluindo compressão da área;
- Sutura;
- Recomendações pós-operatórias (aplicação de frio nas primeiras 6-8 horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/ gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilização de medicação prescrita).

c) Recomendações pós-operatórias:

Aplicação de frio nas primeiras 6-8 horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilizar medicação prescrita.

d) Terapia medicamentosa:

Após realização de acesso cirúrgico, a prescrição de analgésico (paracetamol 500 mg), em intervalos de 4 horas deve ser realizada nas primeiras 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual. • Deve-se prescrever solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante o período de 7 (sete) dias em que a sutura estiver em posição. Depois desse período, deve-se considerar de acordo com dificuldades de controle mecânico.

e) Cuidados:

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- Na eventualidade de exposição óssea por não adaptação dos retalhos vestibular e lingual/palatino, deve-se empregar o cimento cirúrgico, com trocas a cada 7 dias até que a exposição óssea inexista.
- Na ocorrência de infecção pós operatória recomenda - se antisepsia da ferida e cobertura antibiótica (amoxicilina 500 mg 8/8 horas, durante 7 dias e, para alérgicos a penicilina, recomendase clindamicina 300 mg, 6/6 horas, durante 7 dias).

f) Condutas em caso de urgência/emergência:

Em casos de hemorragia, verificar a origem do quadro e, de acordo com a

causa, considerar drenagem, curetagem, compressão, sutura ou anti-hemorrágico.

g) Proservação

- Entre 30 e 90 dias, após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
- Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento retornam à UBS para manutenção.
- Pacientes que não responderam ao tratamento deverão continuar em proservação no CEO.

Obs.:

- ✓ Bochecho com clorexidina 0,12% é sugerido antes do início da cirurgia.
- ✓ Durante o procedimento cirúrgico, irrigações frequentes com soro fisiológico são recomendadas.

4.6.3. Cirurgia de acesso com ou sem plastia da furca

Procedimento cirúrgico que objetiva o acesso do instrumento de raspagem ao biofilme em áreas de furca, possibilitando também a eliminação do defeito pelo procedimento de plastia radicular.

a) Indicações

A ausência de uma resposta adequada ao procedimento de raspagem e alisamento radicular subgingival pode estar associada à incompleta remoção do biofilme subgingival em áreas de furca. Faz-se necessário nestas circunstâncias o levantamento de um retalho gengival que exponha a área da furca para raspagem e alisamento radicular ou para elinação do defeito através da plastia radicular. Após o período de observação da RASUB, a não redução da profundidade de sondagem, aliada ao sangramento na região subgingival e/ou supuração são indicativos da necessidade de tratamento complementar. Entretanto, a decisão do tratamento deve levar em consideração aspectos gerais do paciente incluindo doenças sistêmicas, tabagismo e locais, como controle inadequado da placa supragengival. A cirurgia de acesso deve ser escolhida como opção preferencial sempre que a ausência de resposta estiver associada a dificuldades de acesso à área da furca.

b) Sequência de intervenção:

-
- Anestesia da área;
 - Isolamento relativo com gaze;
 - Incisão intra-sulcular com extensão proximal dos dentes envolvidos de forma a permitir o afastamento do retalho;
 - Afastamento do retalho;
 - Remoção do tecido de granulação;
 - Identificação da condição da área da furca e do grau de comprometimento;
 - Osteotomia para acesso (somente se necessário);
 - Raspagem, utilizando curetas e/ou ultra-som, com movimentos amplos;
 - Sondagem da área para verificar presença de depósitos;
 - Alisamento radicular com instrumentos manuais, utilizando movimentos curtos, frequentes e sobrepostos;
 - Sondagem da área para verificar lisura superficial;
 - Plastia radicular com brocas ou instrumentos manuais quando for possível com esse procedimento a eliminação do defeito sem que isso redunde em comprometimento pulpar ou um defeito anatômico impossibilitando o controle de placa pelo paciente.
 - Irrigação com soro fisiológico;
 - Readaptação do retalho incluindo compressão da área;
 - Sutura;

c) Recomendações pós-operatórias:

Aplicação de frio nas primeiras 6-8 horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilizar medicação prescrita.

d) Terapia medicamentosa:

Após realização de acesso cirúrgico, a prescrição de analgésico (paracetamol 500 mg), em intervalos de 4 horas deve ser realizada nas primeiras 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual. • Deve-se prescrever solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante o período de 7 (sete) dias em que a sutura estiver em posição. Depois desse

período, deve-se considerar de acordo com dificuldades de controle mecânico.

e) Cuidados:

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- Na eventualidade de exposição óssea por não adaptação dos retalhos vestibular e lingual/palatino, deve-se empregar o cimento cirúrgico, com trocas a cada 7 dias até que a exposição óssea inexista.
- Na ocorrência de infecção pós operatória recomenda-se antissepsia da ferida e cobertura antibiótica (amoxicilina 500 mg 8/8 horas, durante 7 dias e, para alérgicos a penicilina, recomenda-se clindamicina 300 mg, 6/6 horas, durante 7 dias).

f) Condutas em caso de urgência/emergência:

Em casos de hemorragia, verificar a origem do quadro e, de acordo com a causa, considerar drenagem, curetagem, compressão, sutura ou anti-hemorrágico.

g) Proservação

- Entre 30 e 90 dias, após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado no CEO.
- Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento retornam à UBS para manutenção.
- Pacientes que não responderam ao tratamento deverão continuar em proservação no CEO.

Obs.:

- ✓ Bochecho com clorexidina 0,12% é sugerido antes do início da cirurgia.
- ✓ Durante o procedimento cirúrgico, irrigações frequentes com soro fisiológico são recomendadas.
- ✓ Recomenda-se que o paciente utilize gel de clorexidina a 1% uma vez ao dia, localmente associado à escovação da área de furca com escova unitufo ou interdental.

4.6.4. Gengivectomia

Procedimento cirúrgico excisional que consiste na redução da gengiva.

a) Indicações:

Em situações em que haja necessidade de aumento de coroa clínica sem intervenção óssea: cavidades de cárie, fraturas e restaurações cuja parede cervical esteja subgingival, impossibilitando adequado tratamento restaurador, sem invasão do espaço biológico do periodonto e dentes com coroa clínica curta para procedimentos reabilitadores.

b) Sequência de intervenção:

- Anestesia da área;
- Isolamento relativo com gaze;
- Marcação por pontos sangrantes na superfície externa correspondendo a profundidade de sondagem;
- Primeira Incisão com o gengivótomo de Kirkland por vestibular e palatino/lingual, contínua, situada 1-2 mm apical ao ponto sangrante, com inclinação de 45° no sentido ocluso-cervical;
- Segunda Incisão com o gengivótomo de Orban nos espaços proximais, mantida a angulação de 45° de tal forma a liberar o tecido excisado, preservando a forma papilar;
- Remoção do colar gengival e do tecido de granulação;
- Raspagem e alisamento radiculares;
- Irrigação com soro fisiológico;
- Reconformação anatômica da gengiva se necessário;
- Irrigação final;
- Hemostasia por compressão;
- Colocação de cimento cirúrgico.

c) Recomendações pós-operatórias:

Aplicação de frio nas primeiras 6-8 horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilizar medicação prescrita).

d) Terapia medicamentosa:

- Após realização de acesso cirúrgico, a prescrição de analgésico (paracetamol

500 mg), em intervalos de 4 horas deve ser realizada nas primeiras 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual.

- Deve-se prescrever solução digluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante o período de 7 dias em que a sutura estiver em posição. Depois desse período, deve-se considerar de acordo com dificuldades de controle mecânico.

e) Cuidados:

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- A gengivectomia está contra-indicada em áreas onde a sua execução implique na eliminação completa da gengiva ceratinizada.
- Na ocorrência de infecção pós-operatória, recomenda-se antissepsia da ferida e cobertura antibiótica.

f) Condutas em caso de urgência/emergência

Em casos de hemorragia, verificar a origem e, de acordo com a causa, considerar compressão, curetagem, sutura ou anti-hemorrágico.

g) Proservação:

- Entre 15 e 30 dias, após o procedimento, o paciente deverá receber tratamento restaurador na UBS que fará a proservação.

Obs.:

- ✓ Bochecho com clorexidina 0,12% é sugerido antes do início da cirurgia.
- ✓ Durante o procedimento cirúrgico, irrigações frequentes com soro fisiológico são recomendadas.

4.6.5. Gengivoplastia

O manejo de pacientes com aumento de volume gengival é um conjunto de procedimentos vinculados às causas e consequências do problema.

Procedimento cirúrgico excisional que consiste na redução da gengiva.

a) Indicações:

Pessoas usuárias de bloqueadores de canais de cálcio, ciclosporina, fenitoína podem apresentar aumento de volume gengival como parte da resposta inflamatória

à presença da placa supragengival. O aumento de volume gengival gera dificuldades de controle de placa, problemas estéticos, limitação de mastigação, dor, hemorragia, mau hálito, inibição social e modificação de posição dentária.

b) Sequência de intervenção:

- Substituição medicamentosa quando possível;
- Instituição de medidas químico-mecânicas pelo paciente e pelo profissional;
- Reavaliar resposta das abordagens anteriores
- Quando essas medidas não resultarem em redução satisfatória do volume considerar a correção cirúrgica;
- Anestesia da área;
- Isolamento relativo com gaze;
- Marcação por pontos sangrantes na superfície externa correspondendo a profundidade de sondagem;
- Primeira Incisão com o gengivótomo de Kirkland por vestibular e palatino/lingual, contínua, situada 1-2 mm apical ao ponto sangrante, com inclinação de 45° no sentido ocluso-cervical;
- Segunda Incisão com o gengivótomo de Orban nos espaços proximais, mantida a angulação de 45° de tal forma a liberar o tecido excisado, preservando a forma papilar;
- Remoção do colar gengival e do tecido de granulação;
- Raspagem e alisamento radiculares;
- Irrigação com soro fisiológico;
- Reconformação anatômica da gengiva se necessário;
- Irrigação final;
- Hemostasia por compressão;
- Colocação de cimento cirúrgico.

c) Recomendações pós-operatórias:

Aplicação de frio nas primeiras 6-8 horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilizar medicação prescrita).

d) Terapia medicamentosa:

- Após realização de acesso cirúrgico, a prescrição de analgésico (paracetamol 500 mg), em intervalos de 4 horas deve ser realizada nas primeiras 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual.
- Deve-se prescrever solução digluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante o período de 7 dias em que a sutura estiver em posição. Depois desse período, deve-se considerar de acordo com dificuldades de controle mecânico.

e) Cuidados:

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- A gengivectomia está contra-indicada em áreas onde a sua execução implique na eliminação completa da gengiva ceratinizada.
- Na ocorrência de infecção pós-operatória, recomenda-se antisepsia da ferida e cobertura antibiótica.

f) Condutas em caso de urgência/emergência

Em casos de hemorragia, verificar a origem e, de acordo com a causa, considerar compressão, curetagem, sutura ou anti-hemorrágico.

g) Proservação:

Proservação até 90 dias após o procedimento, o paciente deverá ser realizado no CEO e encaminhado para a UBS que fará a Proservação.

Obs.:

- ✓ Bochecho com clorexidina 0,12% é sugerido antes do início da cirurgia.
- ✓ Durante o procedimento cirúrgico, irrigações freqüentes com soro fisiológico são recomendadas.

4.6.6. Aumento de coroa clínica por retalho reposicionado apicalmente

Procedimento cirúrgico excisional que consiste na reposição apical da gengiva, incluindo ou não recomposição do espaço biológico através de osteotomia.

a) Indicações:

Em situações em que haja necessidade de aumento de coroa clínica, tais como: cavidades de cárie, fraturas e restaurações cuja parede cervical esteja

subgingival, impossibilitando adequado tratamento restaurador, sem invasão do espaço biológico do periodonto e dentes com coroa clínica curta para procedimentos reabilitadores.

b) Sequência de intervenção:

- Anestesia da área;
- Isolamento relativo com gaze;
- Primeira incisão, em bisel interno, deixando um colar gengival suficiente para a exposição desejada, em direção à crista óssea, por vestibular e palatino/lingual (deve seguir o contorno gengival, preservando a anatomia das papilas interdentais, sua extensão deve permitir afastamento suficiente do retalho e a obtenção de um contorno gengival harmônico e, eventualmente, incisões relaxantes podem ser necessárias);
- Afastamento do retalho;
- Segunda incisão intra-sulcular com extensão proximal dos dentes envolvidos;
- Terceira incisão, com gengivótomo de Orban, na altura da crista óssea liberando o colar gengival de sua inserção;
- Remoção do colar e do tecido de granulação;
- Quando houver a necessidade de osteotomia, determinar a quantidade de osso a ser removido (o padrão normal do espaço biológico é de 3 mm; entretanto a medição da distância 42 Secretaria de Atenção à Saúde/MS entre a junção amelocementária-crista óssea de um dente adjacente deve ser considerada como padrão);
- Realização de osteotomia com instrumentos manuais e/ou rotatórios, lembrando que o contorno gengival reproduzirá o contorno ósseo;
- Raspagem e alisamento radicular;
- Irrigação com soro fisiológico;
- Readaptação do retalho incluindo compressão da área;
- Sutura.

c) Recomendações pós-operatórias:

Aplicação de frio nas primeiras 6-8 horas, não mastigar no local, alimentação líquida/pastosa, fria/gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilizar medicação prescrita.

d) Terapia medicamentosa:

- Após realização de acesso cirúrgico, a prescrição de analgésico (paracetamol 500 mg), em intervalos de 4 horas deve ser realizada nas primeiras 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual.
- Em situações de procedimentos mais traumáticos ou, quando por alguma razão, suspeitar-se de dor pós-operatória mais intensa, prescrever associação de paracetamol- codeína 30 mg de 6/6 horas durante 48 horas, prosseguindo-se de acordo com necessidade individual.
- Deve-se prescrever solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante o período de 7 dias em que a sutura estiver em posição. Depois deste período, deve-se considerar de acordo com dificuldades de controle mecânico.

e) Cuidados:

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacteremia.
- Na eventualidade de exposição óssea por não adaptação dos retalhos vestibular e lingual/palatino, deve-se empregar o cimento cirúrgico, com trocas a cada 7 dias até que não haja mais exposição óssea.
- Na ocorrência de infecção pósoperatória, recomenda-se anti-sepsia da ferida e cobertura antibiótica (amoxicilina 500 mg 8/8 horas, durante 7 dias e, para alérgicos a penicilina, recomenda-se clindamicina 300 mg 6/6 horas, durante 7 dias).
- Nos aumentos de coroa clínica que comprometam a estética do sorriso, procedimentos de tração ortodôntica devem ser considerados como alternativa aos procedimentos cirúrgicos. Conduas em caso de urgência/emergência Em casos de hemorragia, verificar sua origem e, de acordo com a causa, considerar compressão, curetagem, sutura ou antihemorrágico. Proservação entre 15 a 30 dias após o procedimento, o

paciente deverá receber tratamento restaurador na UBS que fará a proervação.

Obs.:

- ✓ Bochecho com clorexidina 0,12% é sugerido antes do início da cirurgia.
- ✓ Durante o procedimento cirúrgico, irrigações frequentes com soro fisiológico são recomendadas.

5 - Pacientes com Necessidades Especiais

Pacientes portadores de 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.

5.1. Serviços Oferecidos

- Procedimentos Individuais preventivos;
- Dentística;
- Cirurgia;
- Periodontia;
- Urgência e emergência odontológica.

5.2. Critérios para encaminhamento

- 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 Atenção Básica;
- 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 Atenção Básica;
- d) Pacientes com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não respondem a comandos, não cooperativos, após duas tentativas frustradas de atendimento na Atenção Básica;

-
- e) Pacientes com deficiência visual, auditiva ou física quando associado aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na Atenção Básica;
 - 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 São Cristóvão ou para a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), 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 Atenção Básica;
 - 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.

5.2.1. Motivos mais frequentes de encaminhamento:

Quando o paciente com necessidades especiais (e sua família) necessitam de uma abordagem e manejo odontológico mais específico. Nestes casos, os pacientes especiais se apresentam:

- Não cooperativos tanto em nível comportamental: cognitivo comprometido, mental, psíquico, e ou físico como os indivíduos sindrômicos, deficientes intelectuais leves, moderados e severos, esquizofrênicos, cadeirantes, atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), dentre outros.
- Indivíduos em condições sistêmicas especiais: Acidente Vascular Encefálico (AVE), hanseníase, hipertensos, diabéticos, dentre outros.

5.2.2. Justificativa de encaminhamento:

Segundo os critérios pactuados com a especialidade na construção dos protocolos de fluxos, o paciente deve ser encaminhado após duas tentativas

frustradas de atendimento nas UBSs, exceto aqueles com barreiras comportamentais graves, que deverão ser encaminhados diretamente para o CEO.

5.3. Responsabilidade da Atenção Secundária:

- a) Procedimentos Individuais preventivos;
- b) Dentística;
- c) Cirurgia;
- d) Periodontia;
- e) Urgência e emergência odontológica
- f) Anexar a guia de referência no prontuário do usuário;
- g) Comunicar ao Departamento de Saúde Bucal, por e-mail as seguintes situações:
 - O nome e a matrícula do usuário que foi agendado para a primeira consulta e que não compareceu;
 - Pacientes que não compareceram às consultas subsequentes;
 - Os encaminhamentos que não estiverem de acordo com o protocolo da SMS;
- h) Incentivar a continuidade do tratamento na APS;
- i) Preencher as duas vias da contra referência, inclusive com as orientações pertinentes. Na primeira via anexar a radiografia final e solicitar que o usuário a entregue para o profissional que o referenciou. A segunda via deverá ser anexada ao prontuário do CEO.

5.4. Primeira consulta

5.4.1. Acolhimento

Ao primeiro contato, realiza-se, sempre em dupla Cirurgião Dentista- Auxiliar de Saúde bucal ou Técnica de Saúde Bucal, o acolhimento e ambientação do paciente especial e de sua família (cuidadores presentes) cuidando em criar atmosfera empática favorável à primeira entrevista. Isto feito, prossegue-se com a coleta de dados pessoais, condição comportamental e sistêmica pregressa e atual, medicamentos controlados de uso contínuo, dieta específica e restrições gerais. Em caso de qualquer fator impeditivo ao tratamento, encaminha-se o paciente para as especialidades médicas pertinentes, com nosso retorno agendado para posterior avaliação de resultados médicos e início do tratamento odontológico. A Educação em saúde bucal é abordada, com demonstrações

de escovação e uso do fio dental, orientações de dieta não cariogênica, e entrega do kit escova, fio e creme dental para o paciente.

5.4.2. Anamnese

O tratamento odontológico dos pacientes especiais é amparado por um exame clínico detalhado e minucioso do indivíduo buscando o conhecimento da doença de base, das doenças associadas e do histórico do paciente, ou seja, inicia-se a atuação odontológica com uma anamnese bem conduzida. Ela pode ser realizada através de informações do próprio paciente ou serem fornecidas pelo acompanhante ou responsável.

5.4.3. Condicionamento

O paciente especial apresenta vários comprometimentos que podem demandar a utilização de técnicas que viabilizem ou facilitem o seu atendimento. Dependendo da condição dele, o condicionamento pode ser:

- Químico: através do uso de medicamentos indicados e prescritos pelo dentista ou pelo seu médico;
- Psicológico: utilizando mecanismos psicológicos que atenuem ou anulem reações indesejadas durante os procedimentos odontológicos;
- Físico: com o uso de dispositivos que impeçam movimentos involuntários e voluntários realizados pelo paciente no momento do atendimento na cadeira odontológica.

Se forem frustradas todas as tentativas utilizando as técnicas citadas, o paciente é encaminhado para o nível terciário de atendimento (hospitalar) onde se faz necessária sedação do paciente ou até mesmo anestesia geral.

5.4.4. Exame físico

Considerando sempre as condições de comprometimento mental e físico, posicionamos o paciente na cadeira odontológica, se necessário utiliza-se a contenção no estabilizador de Godoy, e o exame extra e intra oral, dentro do protocolo vigente é realizado, se preciso for, com o uso do abridor de borracha posicionado com auxílio da Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB).

5.5. Técnicas

5.5.1. Prevenção

Prevenir através de procedimentos simples a ocorrência das doenças bucais e minimizar os danos por elas causados.

Sequência de intervenção:

- Orientação e Instrução ao paciente e aos pais sobre os métodos de escovação, uso de fio dental, dieta cariogênica, doenças bucais e suas implicações na vida do paciente;
- Demonstração em macromodelo dos métodos de escovação e uso de fio dental;
- Demonstração no paciente e para os pais dos métodos de escovação e uso de fio dental.

5.5.2. Aplicação de flúor

Sequência de intervenção:

- Profilaxia com pasta profilática e ou pedra pomes e água;
- Aplicação de flúor gel no paciente ao final do tratamento ou no aparecimento da necessidade durante ou até mesmo independentemente dele;
- Aplicação de flúor verniz naqueles pacientes que não oferecem condição de aplicação do flúor gel através do pincelamento dos dentes.

5.5.3. Selamento de fôssulas e fissuras

Sequência de intervenção:

- Realizar a profilaxia dos dentes a serem selados com pedra pomes e digluconato de clorexidina 0,12%;
- Enxaguar os dentes determinados sugando sempre;
- Realizar isolamento relativo com rolos de algodão;
- Condicionar da área dental a ser selada com o líquido do ionômero;
- Enxaguar os dentes sugando sempre;
- Aplicar o ionômero de vidro nas fôssulas e fissuras dos dentes indicados;
- Remover o isolamento relativo.

5.5.4. Urgência

Tem por objetivo atender o paciente com qualquer sintoma ou sinal de dor ou de alterações causadas por problemas relacionados à cavidade bucal ou à face, dentro da área de atuação da odontologia.

Sequência de intervenção:

-
- Exame visual extrabucal observando tônus e coloração da pele e dos lábios;
 - Exame de palpação das cadeias ganglionares da cabeça e do pescoço;
 - Exame intraoral das mucosas, verificando coloração, aspecto, inserção;
 - Palpação das estruturas intrabucais, como a língua, glândulas salivares;
 - Exame visual e de sondagem dos dentes;
 - Anotação na ficha de atendimento e no odontograma do encontrado no exame;
 - Realização do procedimento necessário para a resolução da urgência.

5.5.5. Dentística

Restaurar a função, a forma e a estética do elemento dental, restabelecendo assim conforto e satisfação ao paciente.

- **Restauração com amálgama**

Sequência de intervenção

- ✓ Anestesia do paciente observando suas condições de saúde já esclarecidas pela observação do prontuário;
- ✓ Remoção de tecido cariado;
- ✓ Preparo cavitário;
- ✓ Colocação e adaptação de matriz e cunha, se necessário;
- ✓ Preparo do amálgama no amalgamador;
- ✓ Aplicação na cavidade dental do amálgama, com o porta-amálgama, condensando e adaptando o material com o condensador até o preenchimento total da cavidade;
- ✓ Brunimento inicial;
- ✓ Escultura da restauração;
- ✓ Remoção de cunhas e matriz;
- ✓ Brunimento final da restauração;
- ✓ Polimento depois de uma semana ou ao final do tratamento.

- **Restauração com resina**

Sequência de intervenção

- ✓ Anestesia do paciente observando suas condições de saúde já esclarecidas pela observação do prontuário;
- ✓ Remoção de tecido cariado;

-
- ✓ Preparo cavitário se necessário;
 - ✓ Profilaxia com pedra pomes e digluconato de clorexidina 0,12%;
 - ✓ Enxágue com água;
 - ✓ Secagem com algodão e ar;
 - ✓ Condicionamento ácido fosfórico gel a 37%;
 - ✓ Enxágue após 20 segundos;
 - ✓ Secagem com algodão;
 - ✓ Aplicação de adesivo e polimerização;
 - ✓ Aplicação de resina em camadas pequenas (Técnica incremental) até a restauração completa da cavidade;
 - ✓ Remoção de matrizes e cunhas se usadas;
 - ✓ Acabamento da restauração restabelecendo as formas do dente utilizando brocas de acabamento;
 - ✓ Verificação da oclusão com papel-carbono articular;
 - ✓ Polimento da restauração depois de uma semana ou ao final do tratamento.

- **Tratamento Restaurador Atraumático (ART)**

- **Sequência de intervenção**

- ✓ O paciente não é anestesiado;
- ✓ Remoção de tecido cariado com a cureta, sem o uso de motores;
- ✓ Antissepsia da cavidade com Digluconato de clorexidina 0,12%;
- ✓ Se muito profunda a cavidade, forramento com cimento de hidróxido de cálcio;
- ✓ Restauração da cavidade com cimento de ionômero de vidro.

Obs.: Se durante a remoção do tecido cariado alcança-se a câmara pulpar, procede-se da seguinte forma:

- Antissepsia cavitária com Digluconato de clorexidina 0,12% durante 1 minuto;
- Secagem da cavidade com bolinha de algodão;
- Aplicação de pasta de hidróxido de cálcio e soro no fundo da cavidade;
- Forramento das paredes de fundo com cimento de hidróxido de cálcio;
- Restauração provisória com material restaurador intermediário;

-
- Durante 45 a 60 dias havendo dor espontânea e duradoura, realizar o acesso à câmara e encaminhar para tratamento endodôntico. Caso contrário, restaurar depois do tempo de espera.

5.5.6. Endodontia

O tratamento endodôntico é a terapêutica realizada na polpa e progressivamente nos condutos radiculares com a finalidade de desinfecção e obturação do espaço pulpar. Nesse intento, particularmente na instituição, são feitas as intervenções de menor complexidade incluindo tratamento decíduo e inicialmente do dente permanente, ambos quando disponíveis os materiais e oferecidas as condições pelo paciente.

- **Pulpotomia**

Sequência de intervenção

- ✓ Anestesia do paciente, quando se tratar do dente vivo ou o paciente tiver dor;
- ✓ Escariação e abertura pulpar coronária.
- ✓ Abertura pulpar;
- ✓ Remoção da polpa coronária e observação do remanescente pulpar;
- ✓ Antissepsia da câmara pulpar com solução de Milton ou Dakin;
- ✓ Secagem com algodão;
- ✓ Aplicação de formocresol ou hidróxido de cálcio Pró Análise (PA) sobre a polpa radicular;
- ✓ Selamento com material restaurador intermediário.

- **Pulpectomia**

Sequência de intervenção

- ✓ Anestesia do paciente, quando se tratar do dente vivo ou o paciente tiver dor;
- ✓ Escariação e abertura pulpar coronária.
- ✓ Abertura pulpar;
- ✓ Remoção de restos de tecido pulpar necrótico contaminado ou não;
- ✓ Antissepsia da câmara pulpar e da entrada dos canais com solução de Milton ou Dakin;
- ✓ Instrumentação inicial até o terço médio dos condutos, buscando remover restos necróticos de polpa e ampliar sensivelmente o volume dos canais;
- ✓ Irrigação dos condutos com solução de Milton ou Dakin, aplicados com

-
- seringa e agulha hipodérmica;
 - ✓ Secagem com algodão e ar;
 - ✓ Em caso de dentes decíduos, instrumentação com a sequência de limas até a medida desejada, irrigando a cada troca de lima;
 - ✓ Aspiração e secagem dos condutos;
 - ✓ Obturação dos condutos com pasta composta pela mistura de hidróxido de cálcio PA, paramonoclorofenol canforado e soro;
 - ✓ Em caso de dentes permanentes:
 - instrumentação inicial com as duas primeiras limas da sequência com 15 a 20 mm de comprimento;
 - Irrigação com solução de Milton ou Dakin, depois de cada lima usada;
 - Aspiração e secagem dos condutos;
 - Irrigação com água de cal, servindo também como curativo de demora;
 - Aplicação de bolinha de algodão embebida em Paramonoclorofenol sobre a câmara pulpar como curativo de demora;
 - Selamento cavitário com material restaurador intermediário;
 - Encaminhamento para serviço especializado com referência e contra-referência.

5.5.7. Periodontia

Intervir no paciente preventivamente a fim de manter a saúde dos tecidos de inserção e sustentação do dente e, curativamente, a fim de recuperar a sua higidez.

Sequência de intervenção

- Antissepsia da cavidade bucal com clorexidina 0,12%;
- Raspagem das superfícies coronárias e subgingivais com curetas ou ultrassom;
- Profilaxia ou polimento coronário com jato de bicarbonato ou com escova de Robson, pedra-pomes e pasta profilática.

5.5.8. Cirurgia

Trata-se de procedimentos cirúrgicos de complexidade variada e dependentes das condições de acesso ao paciente especial durante a abordagem. Se indicado, realiza-se

antibioticoterapia profilática conforme protocolo vigente. Tem por objetivo principal a recuperação da saúde oral do paciente.

- **Exodontia de dentes decíduos:**

- ✓ **Indicação**

- Remover o dente decíduo não esfoliado a seu tempo com o sucessor já em erupção;
- Remover o dente decíduo não mais tratável;
- Remover raízes residuais remanescentes na cavidade bucal.

- ✓ **Sequência de intervenção**

- Antissepsia da cavidade bucal com digluconato de clorexidina 0,12%;
- Anestesia do paciente.
- Sindesmotomia, quando necessária.
- Exodontia com o fórceps indicado ou com alavancas, quando necessário;
- Tamponamento com gaze.

- **Exodontia de dentes permanentes**

- ✓ **Indicação**

- Remover o dente não mais tratável;
- Remover o dente por indicação ortodôntica.

- ✓ **Sequência de intervenção**

- Antissepsia da cavidade bucal com digluconato de clorexidina 0,12%;
- Anestesia do paciente.
- Incisão;
- Descolamento do retalho cirúrgico ou sindesmotomia;
- Exodontia com o fórceps indicado ou com alavancas;
- Curetagem do alvéolo, quando necessária;
- Irrigação do alvéolo;
- Sutura.

- **Ulectomia**

- ✓ **Indicação**

-
- Remover o capuz gengival para viabilizar a erupção do dente em fase eruptiva.

✓ **Sequência de intervenção**

- Antissepsia da cavidade bucal com digluconato de clorexidina 0,12%;
- Anestesia do paciente.
- Incisão gengival com bisturi ao redor do capuz pericoronário;
- Remoção do capuz;
- Irrigação com soro fisiológico;
- Tamponamento da ferida cirúrgica com gaze.

6 - Odontopediatria

6.1. Serviço Oferecido:

Atendimento odontológico a crianças que apresentam dificuldade de manejo.

6.2. Critérios para encaminhar

As crianças são encaminhadas pela Atenção Básica para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), na especialidade de odontopediatria, conforme os seguintes critérios:

- 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 (Atenção Primária) 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.

6.3. Responsabilidade da Atenção Secundária

- a) Atendimento a crianças em tenra idade (inferior a 03 anos) com necessidade de tratamento restaurador;
- b) Pulpectomia em dentes decíduos
- c) Pulpotomia em dentes decíduos de pacientes não colaboradores;
- d) Grandes reabilitações – cáries rampantes;

-
- e) Atendimento a crianças que ofereçam resistência ao tratamento odontológico na AP (Atenção Primária) após duas tentativas fracassadas e registradas na guia de referência;
 - f) atendimentos a pacientes de 10 a 12 anos que possuam dentes decíduos com indicação de endodontia devido à ausência do permanente sucessor;
 - g) Anexar a guia de referência no prontuário do usuário;
 - h) Comunicar ao Departamento de Saúde Bucal, por e-mail as seguintes situações:
 - O nome e a matrícula do usuário que foi agendado para a primeira consulta e que não compareceu;
 - Pacientes que não compareceram às consultas subsequentes;
 - Os encaminhamentos que não estiverem de acordo com o protocolo da SMS;
 - i) Incentivar a continuidade do tratamento na APS;
 - j) Preencher as duas vias da contra referência, inclusive com as orientações pertinentes. Na primeira via anexar a radiografia final e solicitar que o usuário a entregue para o profissional que o referenciou. A segunda via deverá ser anexada ao prontuário do CEO.

6.4. Comportamento da equipe odontológica

- O comportamento comunicativo das odontopediatras do CEO é o maior fator da satisfação do paciente.
- O cirurgião-dentista deve desempenhar papel de educador e avaliar risco-benefício de realizar ou postergar determinado procedimento.
- Comportamentos positivos: ouvir a criança e a família, investir tempo para explicar os procedimentos, ser paciente, não impedir os pais de entrarem no consultório.

6.5. Objetivos da adaptação do comportamento da criança

De forma a facilitar os atendimentos, o cirurgião-dentista deverá utilizar técnicas de manejo para melhorar a adaptação da criança ao atendimento odontológico. As técnicas recomendadas são mostrar-contar-fazer, controle de voz, comunicação não verbal, reforço positivo, distração, presença/ausência do responsável, estabilização protetora.

6.5.1. Técnicas não farmacológicas para adaptação do comportamento:

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	Negociação, com a criança resistente maior de 3 anos, sobre a presença do acompanhante no local do atendimento condicionada à sua colaboração. ETICA e LEGALMENTE o(a) responsável pela criança tem o direito de ficar junto a ela; educar o(a) mesmo para permanecer junto à criança caso ele(a) deseje ou seja necessário
Estabilização protetora	Restrição dos movimentos do paciente, com ou sem seu consentimento, para reduzir o risco de lesões durante o procedimento; incluir abridor de boca em criança não cooperativa.

6.6. Primeira consulta:

Na primeira consulta à odontopediatra é o momento em que definimos todo o plano de tratamento, observando porque a criança não obteve sucesso no atendimento na Atenção Básica, o motivo da referência para o CEO e para a especialidade.

6.6.1. Prontuário clínico:

Preencher todo o prontuário clínico, composto de:

6.6.1.1. Ficha Clínica

A Ficha Clínica é o documento mais completo e complexo a ser produzido no atendimento do paciente. Esse documento deve conter as seguintes partes:

6.6.1.2. Identificação do Profissional

É obrigatório constar em todos os impressos o carimbo, o nome do profissional, e o número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

6.6.1.3. Identificação do Paciente

Correta identificação do paciente: nome completo, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, sexo e endereços completo.

Deve-se registrar ainda a forma como o paciente chegou até o profissional (Referência) bem como os dados relativos ao responsável legal e seu cônjuge.

Anotar também o nome do profissional ou profissionais que atenderam o paciente anteriormente e, se possível, a data e o local do atendimento.

Anexar a guia de referência ao Prontuário Odontológico.

6.6.1.4. Anamnese

Do grego, “anamneses” significa recordação, reminiscências, ou seja, o conjunto de informações que faz parte da história clínica do paciente até o momento do exame. Em vista do exposto sugerimos que nesta parte devam constar:

Realizar a anamnese detalhada com registro de dados pessoais e da situação geral da saúde da criança; verificar o uso de medicação, avaliar o motivo do encaminhamento, identificar e tentar minimizar as possíveis ansiedades em relação ao tratamento, esclarecer dúvidas aos responsáveis e observar a presença ou não de dor.

- **Queixa principal ou motivo da consulta atual:**

É o motivo pelo qual o paciente buscou o atendimento, devendo ser registrada com os termos utilizados pelo paciente.

- **Evolução da Doença Atual**

É a descrição da doença do paciente em ordem cronológica com o maior número de informações possíveis, visando estabelecer do correto diagnóstico, prognóstico e planejamento terapêutico.

- **História Médica e Odontológica**

Constar das informações acerca do estado geral do paciente passado e presente, onde deverá ser apresentado um questionário de saúde elaborado com as informações conforme protocolos e fluxos de atendimento do Departamento de Saúde Bucal.

- **Termo de consentimento livre e esclarecido.**

É necessário que o responsável legal assine o questionário de saúde verificando a veracidade das informações obtidas, bem como ser fundamental que este questionário seja apresentado sempre que o paciente retornar para tratamentos futuros.

Caso necessite usar estabilização protetora, descrever na ficha clínica.

6.6.2. Exame Físico:

Em odontologia o exame físico divide-se em extra bucal e intra bucal, e deve permitir o reconhecimento dos sinais e sintomas objetivos das alterações encontradas no campo bucomaxilofacial e, ao mesmo tempo, deve conduzir o examinador á obtenção das informações gerais do paciente.

6.6.2.1. Extra bucal

O exame extra bucal é realizado por meio da inspeção, palpação e avaliação funcional da forma facial, pele facial, tecidos faciais, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço (verificando qualquer alteração da mesma, observando também postura, fala e comportamento.

- Avaliar a ATM (articulação temporomandibular) quanto aos aspectos de sintomatologia dolorosa, ruídos articulares e limitação de movimento.

-
- Verificar a ocorrência de perfil esquelético associado à maloclusão de classe II e III, ou problemas verticais (mordida aberta, por exemplo) ou laterolaterais.
 - Avaliar a região peribucal e atentar às manchas, bolhas, úlceras em pele e mucosas dos lábios ou, ainda, aos problemas de mastigação, de fala e halitose.
 - Verificar a presença de nódulos, abscessos ou edemas na região.

6.6.2.2. Intra bucal

O exame intra bucal consiste no exame das estruturas dentais e das para-dentais, é feito com a utilização do odontograma. O exame físico intrabucal é realizado por meio da inspeção, palpação e avaliação funcional da mucosa, dos dentes e das estruturas de suporte.

Começar pela avaliação da mucosa oral e das estruturas de suporte, para então dedicar-se ao exame dos dentes.

a) Com respeito à dentição, avaliar:

- Número, cor, forma, posição e desenvolvimento dos dentes.
- Presença de mobilidade dentária.
- Presença de cáries, restaurações, fraturas ou presença de manchas.
- Tipo de oclusão e dentição antagonista.
- Restos radiculares visíveis.
- Fase e desenvolvimento da dentição (sequência e cronologia eruptiva).
- Arcos dentais e relação entre eles (relação transversal, tipo de maloclusão, linha média, trespasse horizontal e vertical dos incisivos, curva de Spee).
- Freios labial e lingual.

b) Avaliação da saúde gengival:

- Índice de placa visível.
- Índice de sangramento gengival.
- Fatores retentivos de placa.
- Condições de higiene bucal.

-
- c) No caso de suspeitas de comprometimento pulpar, em decorrência de cárie ou trauma, realizar:
 - Percussão horizontal e vertical (com o cabo do espelho).
 - Palpação na porção apical.
 - d) No caso de halitose ou queixa de xerostomia, avaliar:
 - e) Fluxo salivar e as características físicas da saliva.
 - f) Verificar aspectos de fonação, deglutição, função mastigatória e possíveis parafunções.

6.6.3. Orientação sobre higienização e dieta:

Instituir processo educativo/preventivo para controle do biofilme, controle da dieta e reforçar o autocuidado do paciente, estimulando mudança de hábitos quando necessário como redução de consumo de carboidratos fermentáveis por exemplo.

A higienização deve ser feita diariamente pelo próprio paciente, e/ou pelo responsável por meio da escovação realizada corretamente após as refeições, e utilizando o fio-dental.

- **A avaliação e orientação da higienização e dieta é importante para:**
 - ✓ Identificar e minimizar os fatores causais (microbiota, hábitos inadequados de dieta e acúmulos de placa bacteriana).
 - ✓ Orientar sobre dieta inadequada com frequência diária e consistência de carboidratos ingeridos e baixa frequência do consumo de alimentos nutritivos e essenciais à saúde.
 - ✓ Otimizar os fatores protetores (exposição a fluoretos, higiene oral adequada, selante e educação em saúde).
 - ✓ Melhorar a higiene oral
 - ✓ Determinação de fatores de risco.
 - ✓ Melhorar o índice de informação sobre a saúde dos responsáveis pela criança.
 - ✓ Identificar o contexto socioeconômico em que a família está inserida (p, ex: difícil acesso a serviços e bens de saúde).
 - ✓ Verificar a experiência prévia da doença e restaurações realizadas nos últimos 12 meses.

-
- ✓ Determinar a periodicidade das consultas de retorno para monitoramento e controle da doença com reforço da motivação para comportamentos saudáveis em saúde.
 - ✓ Dar suporte para planejamento de estratégias preventivas e restauradoras.

6.6.4. Profilaxia

É a limpeza da cavidade bucal e dos elementos dentários, uma vez que a formação de placa bacteriana é um processo dinâmico, não existe um prazo determinado adequado para a realização da profilaxia. Por isso, é recomendada a consulta com o dentista para a identificação da necessidade e periodicidade ideal para a realização da limpeza dentária. Deve ser feita com taça de borracha e pasta profilática ou pedra pomes e água.

6.6.5. Realização do Rx Odontológico (se necessário)

Indicações:

O exame radiográfico permite avaliar a relação entre uma estrutura e/ou lesão com o osso e estruturas anatômicas subjacentes, e, em caso de lesões, dimensionar o tamanho, bem como outras características como bordas, radiopacidade, presença de halos etc.

As indicações para realização do exame radiográfico são várias, tais como: dentes impactados, atrasos na erupção, migração ou posicionamento atípicos de dentes, presença de tumefações ou abaulamentos, presença de anomalias dentárias, trauma facial ou dentário, pesquisa de corpos estranhos, perdas dentárias, morfologia alterada dos dentes, reabsorções dentárias, lesões de cárie.

Especificamente, em Odontopediatria, verificar:

- 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 pulpaes
- Reabsorções e lesões periapicais
- Grau de rizólise/rizogênese

6.7. Plano de tratamento

6.7.1. Resolução das urgências:

Os atendimentos de urgência em odontopediatria podem ser desde machucados pequenos e danos leves à traumas mais importantes como comprometimento dos dentes, corte em lábios e fratura dental. Eventualmente, os dentes podem sofrer pequenas trincas, quebrar uma parte, mobilidade, extrusão, intrusão; além disso, ainda podem estar associados a lesões na gengiva, freio/frênulo e lábio; essas intercorrências exigem atendimento imediato, sendo considerados urgências odontológicas. Além dos traumas, dor dentária de origem cariogênica (causada por cárie) também são condições de urgência em odontopediatria.

- Dor de dente intensa de início súbito;
- Mordida ou trauma nos lábios, na língua ou nas bochechas;
- Descolamento de coroa;
- Dor na gengiva;
- Abscessos dentários;
- Objetos presos entre os dentes;
- Fratura de dentes;
- Perda de dentes;
- Qualquer trauma na região da boca.

6.7.2. Adequação do meio bucal

Realizar a adequação do meio bucal em todos os pacientes (remoção de fatores retentivos de placa, restos radiculares e elementos dentários com acentuada mobilidade vertical, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle do biofilme dental,

A adequação do meio bucal representa um instrumento que o cirurgião-dentista deve utilizar para criar um ambiente favorável à paralização da cárie e outras doenças, proporcionando um maior desempenho clínico aos procedimentos reconstrutivos.

a) Controle de Placa:

- Orientar sobre higiene bucal, técnicas de escovação, uso correto do fio dental, horário de refeições e higienização após as mesmas.
- Fazer profilaxia com taça de borracha e pasta profilática ou pedra pomes e água.

b) Remoção Parcial do tecido cariado e selamento provisório

- Isolamento relativo com roletes de algodão;
- Remoção somente da zona infectada de cárie com auxílio de colher de dentina o sinal de dor, deve-se cessar a remoção.
- Preenchimento da cavidade com ionômero de vidro ou Óxido de Zinco e Eugenol, ou material restaurador intermediário;
- Avaliar possibilidade de fluoroterapia;
- Instruções de dieta (diário alimentar).

c) Selamento de fósulas e fissuras:

A indicação de selantes em fósulas e fissuras é preconizada porque o selamento é um procedimento recomendado para prevenir a cárie da superfície oclusal de molares permanentes.

6.7.3. Planejamento de uso de fluoretos de acordo com a necessidade do paciente

Normalmente não há necessidade de suplementação de flúor se na área onde a família reside, a água de abastecimento público for fluoretada, como é no nosso município, dessa forma deve-se valorizar as aplicações tópicas de flúor gel, verniz fluoretado e pasta dental com flúor em detrimento do uso de medicamento por via oral.

6.7.3.1. Uso de flúor através da escovação com pasta dental fluoretada

As orientações sobre escovação devem ser repassadas às crianças e responsáveis:

- Usar quantidade mínima de creme dental (sujar a escova apenas).
- Ensinar a criança a expelir o dentifrício residual, durante a escovação e quando for concluído a mesma
- Não deixar o dentifrício ao alcance das crianças.
- Na faixa etária de 0 a 14 anos deve-se recomendar a utilização de dentifrícios com baixa concentração de flúor (de 1000 a 1100ppm de flúor), reduzindo a possibilidade de ingestão acidental e prolongada de maiores concentrações deste produto, o que poderia vir a ocasionar fluorose.
- Crianças de até 2 anos de idade, devem iniciar a escovação com a erupção dos primeiros dentes, para a criação deste hábito de higiene; porém a

escovação com dentifrício fluoretado deverá ser realizada somente uma vez ao dia, preferencialmente à noite, antes de dormir, reduzindo a possibilidade de ingestão do mesmo, uma vez que crianças nesta faixa etária ainda não tem controle da deglutição.

6.7.4. Planejamento restaurador:

a) Critérios a serem considerados:

- Idade e comportamento
- Capacidade de cooperação
- Risco a cárie: experiência que aquela criança tem; uma criança sem lesão ativa, mas apresentando muitas restaurações já teve muita atividade de cárie (experiência alta).
- Meio bucal: A prioridade é a adequação do meio, ou seja, vedar todas as cavidades que não têm risco de exposição pulpar com óxido de zinco-eugenol ou ionômero de vidro, que é o material de preferência; e extrair todos os restos radiculares, a fim de dar condições de melhorar a escovação do paciente.
- Dente e desenvolvimento: saber quando é a época correta de cada dente esfoliar.
- Idade do dente. Ao restaurar um dente decíduo que ficará pouco tempo na cavidade oral dar preferência ao ionômero de vidro.
- Extensão da lesão: Não pensar apenas em fechar a coroa, saber se houve envolvimento pulpar e o quanto de tecido saudável vai permanecer para poder receber uma restauração, com auxílio radiográfico se necessário.
- Adesão dos pais ao plano de tratamento: avaliar a escovação, utilização do fio dental para saber se a alta para aquela criança será de 6 meses ou menos. Depende do quanto a família se envolveu com a tratamento odontológico.

b) Atentar a prioridades no planejamento restaurador, tais como:

Presença de dor, deve ser o atendimento prioritário, constando como urgência.

- A adequação do meio bucal deve ser feita caso não haja dor neste momento, com a vedação todas as cavidades (que não tem risco de exposição pulpar), com isso dando condições para essa criança de melhorar a escovação e a

alimentação. Extração de restos radiculares e verificação se o dente a ser removido não vai precisar da instalação de um mantenedor de espaço, seja porque a perda de estrutura dentária tenha sido muito grande e já tenha perdido esse espaço ou porque o dente permanente já está erupcionando.

- Tratamento por quadrante, para aproveitar o isolamento absoluto ou relativo, a mesma técnica anestésica.
- Sequência do tratamento restaurador:
 - ✓ Dentes decíduos posteriores: a fim de evitar problemas com perda de espaço no futuro;
 - ✓ Arco superior primeiramente, em razão da comodidade da criança à anestesia
 - ✓ Os dentes decíduos anteriores. Se forem perdidos antes da época de esfoliação têm menos risco de problemas com perda de espaço, e são os primeiros a serem trocados

6.7.5. Planejamento cirúrgico:

Verificar a história clínica sistêmica e pregressa da criança, analisar os aspectos físicos: crescimento/desenvolvimento, a presença de patologias bucais, cronologia de erupção, ausência e retenção de dentes, assimetria alveolar ou facial. Realizar o exame local físico: Sinais X Sintomas e a necessidade de intervenção imediata ou não.

O condicionamento psicológico: tanto da criança (muda a cada faixa etária) quanto dos pais faz-se necessário.

O diagnóstico correto é imprescindível com precisão na indicação cirúrgica porque este é um procedimento irreversível.

6.8. Consultas Subsequentes

A partir da segunda consulta fazer o que realmente o paciente necessita, conforme o planejamento inicial. Anotar todos os passos do tratamento executado com a descrição precisa dos elementos dentários e faces coronárias ou regiões envolvidas e os materiais utilizados, as comunicações sobre as intercorrências observadas no decorrer de sua execução, bem como as alterações do planejamento inicial, as faltas às consultas, e as orientações adicionais, sempre com a solicitação da assinatura do paciente ou seu representante legal.

6.9. Técnicas realizadas na Odontopediatria

6.9.1. Flúor gel:

Com o objetivo de evitar a ingestão deste produto por ocasião de sua utilização com embrocação com bolinha de algodão, alguns passos devem ser observados:

- Utilizar pequena quantidade de gel;
- Aplicar por arcada separadamente;
- Colocar o paciente em posição ereta, com a cabeça inclinada para baixo;
- Utilizar o sugador de saliva durante todo o procedimento;
- Retirar o excesso do produto;
- Orientar para que o paciente cuspa todo o produto após aplicação.

Importante: Este método não deve ser recomendado para crianças que não tenham controle da deglutição. Nestes casos deve-se optar pela utilização do verniz com flúor. A escovação com flúor gel deve ser sempre supervisionada por profissionais da clínica odontológica.

6.9.2. Selamento de fóssulas e Fissuras

- Profilaxia dos dentes a serem selados com pedra pomes ou pasta profiláticas;
- Enxágue dos dentes a serem selados com água corrente sugando sempre;
- Isolamento relativo com roletes de algodão;
- Aplicação na área a ser selada de ácido gel;
- Enxágue dos dentes com água, sugando sempre;
- Secagem dos dentes;
- Aplicação do selante (a base de ionômero de vidro) nas fóssulas e fissuras dos dentes indicados;
- Remoção do isolamento relativo.

6.9.3. Anestesia em Odontopediatria

Para a realização de qualquer procedimento que envolva anestesia em odontopediatria, deve-se ter muita cautela pelo cirurgião dentista, sendo que o manejo com o paciente pediátrico deve ser de extrema importância para que ocorra tudo dentro do planejamento e para que não tenha surpresas durante ou após o procedimento.

-
- Uso de técnicas de abordagem comportamental: falar-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, evitar passar o instrumental no campo visual do paciente. Utilizar instrumental cirúrgico para odontopediatria.
 - Sessão prévia de condicionamento anestésico em crianças maiores de 5 anos de idade e de preferência na região posterior superior.
 - Aplicação de anestésico tópico de 2-3 minutos em mucosa seca.
 - Evitar palavras como injeção, agulha, picada, sangue, dor e outros;
 - Orientações pós-operatórias por escrito em duas vias.
 - Mas tendo como foco a aplicação da anestesia, deve-se sempre realizar a técnica de forma correta e:
 - ✓ Nunca utilizar agulhas longas;
 - ✓ Sempre utilizar agulhas curtas ou extra curtas;
 - ✓ É um fator extremamente importante também, não deixar o paciente ver a agulha;
 - ✓ Explicar o efeito da anestesia.

As técnicas mais utilizadas em odontopediatria são:

a) Técnica infiltrativa:

Com uma agulha curta, penetrar na prega da mucosa vestibular no sentido do longo eixo do dente depositando o anestésico o mais próximo possível do ápice do dente a ser anestesiado.

b) Técnica interpapilar, papilar ou transpapilar:

Com uma agulha curta, penetrar na papila injetando apenas algumas gotas do líquido anestésico.

c) Técnica bloqueio regional:

Quando se deseja trabalhar em mais de um dente, realiza-se um bloqueio regional infiltrando-se a solução anestésica, como exemplo podemos fazer a realização do bloqueio do nervo mentoniano.

d) Técnica intraligamentar:

A técnica é preconizada pela aplicação da solução anestésica entre o ligamento periodontal, a agulha entra no sulco gengival paralelamente ao longo

eixo do dente, atingindo as fibras periodontais, indicado para a complementação anestésica em dentes da mandíbula.

6.9.3.1. Acidentes e Complicações em anestesia

Em odontopediatria, assim como em qualquer especialidade odontológica, podem ocorrer acidentes e complicações em anestesia e os responsáveis sempre devem ser avisados sobre os mesmos e o tratamento indicado.

- Úlcera traumática no lábio inferior por mordedura.
- Úlcera traumática na mucosa jugal.
- Hematomas (7 a 14 dias para sanar).
- Lipotimia – geralmente de ordem emocional.
- Trismo – trauma muscular, com limitação do movimento.
- Reações alérgicas tais como Dermatite (prurido, urticária, erupção, edema), gastrointestinal (cólica, diarreia, náuseas e vômitos) e respiratória (broncoespasmo e edema laringe).

6.9.4. Restauração com Resina

- Profilaxia com pedra pomes ou pasta profilática;
- Enxaguar com água;
- Secagem com algodão e ar;
- Condicionamento com ácido fosfórico gel a 37%;
- Enxague após 20 segundos;
- Secagem com algodão;
- Aplicação de adesivo e polimerização;
- Aplicação de resinas em camadas pequenas até a restauração completa da cavidade;
- Remoção de matrizes e cunhas;
- Acabamento da restauração ou outro material restaurador;
- Polimento final restauração depois de uma semana ou ao final do tratamento.

6.9.5. Tratamento Restaurador com Ionômero de vidro

- Limpeza da cavidade;
- Anestesia do paciente;

-
- Isolamento relativo ou absoluto;
 - Aplicação do ionômero de vidro em camadas.

6.9.6. Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

- O paciente não é anestesiado;
- Remoção de tecido cariado com a cureta, sem o uso dos motores;
- Limpeza da cavidade com soro fisiológico;
- Se muito profunda a cavidade, forramento com cimento de hidróxido de cálcio;
- Restauração da cavidade com cimento de ionômero de vidro.

6.9.7. Pulpotomia

É um tratamento endodôntico para dentes decíduos e permanentes quando se tratar de dente com polpa viva e dentes que apresentam a exposição pulpar pela cárie:

- Anestesia do paciente;
- Abertura pulpar com remoção de toda dentina cariada e do esmalte com broca esférica + escavadores de dentina;
- Remoção da polpa coronária e observação do remanescente pulpar;
- Antissepsia da câmara pulpar com soro fisiológico;
- Secagem com algodão;
- Aplicação de formocresol ou hidróxido de cálcio PA sobre a polpa radicular ajustando a pasta no fundo da cavidade com penso de algodão;
- Selamento com cimento de hidróxido de cálcio ou óxido de zinco/eugenol, em seguida a restauração provisória ou definitiva do dente.

6.9.8. Pulpectomia

É o tratamento endodôntico que tem como objetivo a extirpação de toda a polpa.

a) Tratamento endodôntico em polpa viva:

- Anestesia observando as condições do paciente;
- Isolamento absoluto ou em casos que não for possível relativo;
- Acesso à entrada dos canais, realizando o esvaziamento radicular;
- Instrumentação dos canais com limas tipo kerr com 21mm;
- Irrigação com soro fisiológico;
- Secagem dos canais;

-
- Obturação dos canais pela Inserção da pasta de hidróxido de hidróxido de cálcio PA e soro fisiológico;
 - Colocação do cimento de hidróxido de cálcio ou óxido de zinco/eugenol;
 - Restauração com cimento de ionômero de vidro.

b) Tratamento endodôntico em dentes decíduos com necrose pulpar:

- **1ª Sessão:**

- ✓ Limpeza do hemiarco;
- ✓ Anestesia observando as condições do paciente;
- ✓ Isolamento absoluto ou relativo, fazendo a remoção do tecido cariado;
- ✓ Acesso a entrada dos canais;
- ✓ Instrumentação dos canais com limas tipo kerr 21mm;
- ✓ Irrigação com soro fisiológico com seringa e agulha hipodérmica;
- ✓ Secagem dos canais com algodão;
- ✓ Inserção do curativo de demora com Paramonoclorofenol;
- ✓ Selamento provisório e base de oxido de zinco/eugenol ou material restaurador intermediário.

- **2ª Sessão:**

- ✓ Limpeza do hemiarco;
- ✓ Anestesia do paciente;
- ✓ Isolamento absoluto ou quando não for possível realizar o isolamento relativo;
- ✓ Remoção do selamento provisório;
- ✓ Irrigação e remoção da medicação intracanal;
- ✓ Secagem dos canais com algodão;
- ✓ Instrumentação dos canais com limas tipo kerr 21mm;
- ✓ Obturação dos canais com a pasta hidróxido de cálcio PA e soro fisiológico;
- ✓ Colocação do cimento a base de hidróxido de cálcio ou oxido de zinco/eugenol;
- ✓ Restauração com cimento de ionômero de vidro ou outro material restaurador.

6.9.9. Exodontia de dente decíduo

A exodontia, tal como qualquer outro procedimento cirúrgico, obedece a um determinado protocolo, sendo que em traços gerais podemos descrever os seguintes passos:

- Planejamento prévio, que pode incluir a realização de um raio x para avaliar a posição e forma da ou das raízes e estruturas adjacentes (poderá também ser ponderada prescrição de medicamentos prévia à extração);
- Promover as condições de assepsia inerentes à cirurgia em questão, com bochecho de solução de clorexidina a 0,12%.
- Aplicação de anestesia, normalmente local infiltrativa;
- Descolamento da gengiva;
- Luxação do dente (promover a sua mobilidade com ajuda de alavancas próprias para o efeito);
- Extração propriamente dita com o auxílio de fórceps, caso o dente não possa ser removido apenas com trabalho de alavanca;
- Promover a hemóstase para facilitar a coagulação imediata e prevenção de hemorragias;
- Sutura do alvéolo dentário exceto se não necessário;
- Orientações no pós-operatório.
- Receita de analgésicos e/ou antibióticos se necessário.

6.9.10. Ulectomia

Essa técnica cirúrgica consiste na remoção ou exérese de formações anormais do tecido mucogengival sobre dentes não completamente erupcionados. O processo acomete principalmente os molares e incisivos em estágio de erupção.

As etapas cirúrgicas consistem em:

- Antissepsia intra oral com clorexidina;
- Anestésico tópico;
- Anestesia local infiltrativa;
- Incisão com bisturi 15 (pode ser realizada utilizando bisturi a laser ou elétrico);
- Remoção do tecido gengival e exposição do dente;

-
- Não é necessário pontos (sutura);
 - Irrigação local com soro fisiológico;
 - Tamponamento com gaze e medicação analgésica;
 - Retorno em 7 dias.

6.10. Traumatismo em dentes decíduos:

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

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- Principais consequências que podem ocorrer após lesões graves em dentes decíduos e/ou osso: alterações na morfogênese, impação dentária e distúrbios eruptivos na dentição permanente em desenvolvimento.
- Os principais fatores clínicos predisponentes de traumas são overjet aumentado e falta de vedamento labial.
- 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.

6.10.1. 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.
<p>Orientações gerais para todos os casos:</p> <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. 		

6.10.2. 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).

6.10.3. 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.

6.10.4. 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.

6.11. Medicamentos de escolha para uso sistêmico e tópico

Os fármacos mais usualmente usados em odontopediatria são os seguintes:

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.
	Paracetamol	Gotas 200mg/ml	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.
Classe	Medicação	Apresentação	Posologia
Anti-inflamatório	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
		Gotas 100mg/ml	Criança acima de 30 kg de peso: 15 a 20 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia

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.
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
Tópico	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

Referências Bibliográficas

1. ALVAREZ, J, H, A. *Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais*. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, USP, São Paulo, 2009. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23132/tde-11122009-095205/publico/JennyHaydeeAbantoAlvarez.pdf>. Acesso em 06 de julho de 2020.
2. ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. *Traumatismo dentário: soluções clínicas*. São Paulo: Panamericana, 1991. 168p. <https://docero.com.br/doc/n555c5>. Acesso em 06 de julho de 2020.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. *Serviços Odontológicos Prevenção e Controle de Riscos*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf. Acesso em 07 de julho de 2020
4. BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*. Brasília - DF. 2019. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal.pdf. Acessado em 05 de ago. de 2020.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal *Cadernos de Atenção Básica, n. 17* – Brasília: 2006. 92 p. il. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. . Acesso em 04 de julho de 2020.
6. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. *Odontologia Na Atenção Primária*. Secretaria de Estado Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – Brasília, 06 de dezembro de 2016. http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/7.-Odontologia_na_Atencao_Primaria.pdf . Acesso em 05 de julho de 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de Especialidades em Saúde Bucal*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 128 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMxMQ==>. Acessado em 29/07/2020.
8. CASCAES, Andreia Morales. *Conhecimento sobre uso de fluoretos em saúde bucal coletiva entre coordenadores municipais de saúde bucal do Estado de Santa Catarina, Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde versão On-line ISSN 2237-9622 v.21 n.1 Brasília mar. 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100009>. Acesso em 06 de julho de 2020.
9. COSTA, Luciana Ellen Dantas. et al. *Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos - PB*. Rev. odontol. UNESP [online]. 2014, vol.43, n.6, pp.402-408. ISSN 1807-2577. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-25772014000600402&lng=es&nrm=1&tlng=pt. Acesso em 07 de julho de 2020.

-
10. FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Capital Criança. Normatização do atendimento de crianças de 0 a 6 anos*. 2 ed. Florianópolis:2000.https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1807-25772014000600402&lng=es&nrm=1&tlng=pt. Acesso em 07 de julho de 2020.
 11. MEDEIROS, Ezilda. *Os Centros de Especialidades Odontológicas como Suporte da Atenção Básica: Uma Avaliação da Perspectiva da Integralidade*. Natal – RN, 2007. <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/ezildam.pdf>. Acessado em 04 ago. 2020.
 12. PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. *Protocolo Municipal de Saúde Bucal*. Colombo – PR, 2012. <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/10-PROTOCOLO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-BUCAL-VERSAO-2012.PDF> . Acessado em 04 ago. 2020.
 13. PREFEITURA MUNICIPAL DE JARAGUÁ DO SUL. *Protocolos de Acesso ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)*. Jaraguá do Sul - SC, out. 2018. <https://portaldalic.com.br/noticia/391053/centro-de-especialidades-odontologicas-elabora-protocolos-de-atendimento>. Acessado em 04 ago. 2020.
 14. PROKOPOWISTCH I. et al. *Fatores etiológicos e predisposição dos traumatismos dentais em pacientes tratados na clínica endodôntica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo*. RPG 1995; 2:87-94. <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a15.pdf> Acesso em 08 de julho de 2020.
 15. RIO GRANDE DO SUL, Núcleo Telessaúde Estadual do. *Curso de odontopediatria EAD*. 2017. <https://www.ufrgs.br/telessauders/> . Acessado em 05 jul. 2020.
 16. 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 04 ago. 2020.
 17. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, *Clínica odontológica infantil: passo a passo volume 1*. Cerise de Castro Campos.et al. – Goiânia 2010. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/299/o/Passo_a_passo_Clinica_Odontologica_Infantil_completo.pdf. Acessado em 08jul. 2020
 18. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. *Os Caminhos da Saúde Bucal no Brasil*. Recife – PE, 2016. https://www.ufpe.br/documents/1181966/0/Livro_Os+caminhos+da+sa%C3%BAde+bucal+no+Brasil+_PMAQ-CEO.pdf/f06f06e7-4fc7-47cd-acb9-e864e8ea9dc7. Acessado em 04 ago.2020.
 19. VARELLIS, Maria Lúcia Zarvos. *O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia - Manual Prático*. Santos – SP 2017.