

Protocolo de Atenção à Saúde

[Atendimento Odontológico à Pessoas com Deficiência]

Área(s): [Odontologia]

Portaria SES-DF Nº 287 de 06 de Dezembro de 2016, publicada no DODF Nº 228 de 06.12.2016.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

[Medline/Pubmed, Scielo, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolos da SES/DF.]

1.2 Palavra(s) chaves(s)

[Necessidades especiais, pessoas com deficiência, saúde bucal.
.]

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

[Considerou-se o período de 1986 a 2010, totalizando 45 textos.
.]

2- Introdução

[Dados preliminares do Censo 2010, revelam que 23,9% da população brasileira – 45,6 milhões de pessoas – têm algum tipo de deficiência. O crescimento é expressivo com relação ao número de pessoas que declarou algum tipo de deficiência ou incapacidade no último Censo Demográfico, realizado em 2000. Os números anteriores indicavam 24.600.256 pessoas, ou 14,5% da população total (IBGE, 2010).

No Distrito Federal, os números apontam que 574.275 pessoas, ou 22,34% de um total de 2.570.160 habitantes, declararam possuir algum tipo de deficiência. Porém, apesar do crescimento inesperado, esses números ainda mascaram uma parcela significativa da população, pois não se considerou como deficiência mental alguns desvios psíquicos como autismo, esquizofrenia e outras neuroses.

Pessoas com deficiência (PCD) são indivíduos que apresentam uma alteração ou condição, simples ou complexa, momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental, que requerem uma abordagem especial, multiprofissional e um protocolo específico de atendimento (CAMPOS et al., 2008). É importante destacar que esse conceito é amplo e abrange os pacientes rotineiros de referência dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), mas também inclui os diversos casos que não requerem atenção odontológica diferenciada. Ou seja, diz respeito também às pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que, por sua vez, não necessariamente, precisam ser submetidas à atenção odontológica especial (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010, considerou, dentro do contexto da política nacional de saúde, a necessidade de viabilizar o acesso das pessoas com deficiência às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal. Para tanto, incluiu na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral (AG) ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido ao atendimento odontológico convencional.

A estruturação de serviços em saúde bucal voltado para esta clientela requer a atenção em todos os níveis de complexidade, portanto impõe a necessidade de um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde.]

3- Justificativa

[O objetivo deste protocolo é padronizar as ações dos profissionais de saúde para o atendimento as pessoas com deficiência na SES, objetivando redução na incidência de problemas periodontais, redução de cárie dentária, infecções de origem odontogênica entre outros e propiciando melhores condições de saúde bucal a esses indivíduos.

Esse protocolo foi criado também com o intuito de apresentar ao cirurgião dentista formas de abordagem junto às pessoas com deficiência. Algumas orientações foram propostas a respeito da consulta inicial, prevenção, tratamentos odontológicos de rotina, manutenções preventivas e atendimentos de urgências.]

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos,
F840 Autismo infantil,
F841 Autismo atípico,
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa,
F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes,
F30-F39 Transtornos do humor [afetivos],
F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes,
F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos,
F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto,
F70-F79 Retardo mental,
F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico,
F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência,
F99 Transtorno mental não especificado,
G00-G99 Doenças do sistema nervoso,
G00-G09 Doenças inflamatórias do sistema nervoso central,
G10-G13 Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central,
G20-G26 Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos,
G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso,
G35-G37 Doenças desmielinizantes do sistema nervoso central,
G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos, G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos,
G60-G64 Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico,
G70-G73 Doenças da junção mioneural e dos músculos,
G80-G83 Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas,
G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso,
R46.3 Hiperatividade.

CLASSIFICAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS	
Desvios da Inteligência	comprometimento intelectual de origem genética, ambiental ou desconhecida;
Deficiência Física	Paralisia cerebral, acidente vascular encefálico, miastenia gravis, distrofia muscular, disostoses, mielomeningocele, entre outras malformações;
Anomalias Congênitas	malformações, deformidades, complexos malformativos, síndromes malformativas e associações com ou sem comprometimento intelectual
Deficiências Sensoriais e de audio-comunicação	deficiência visual, auditiva e de fala;
Distúrbios Comportamentais	transtornos globais do desenvolvimento
Desvios Psíquicos	esquizofrenia, fobias, depressão, transtorno obsessivo compulsivo
Doenças Sistêmicas Crônicas	diabetes mellitus, cardiopatias congênitas ou adquiridas, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, epilepsia, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes, doenças vesicobolhosas
Desvios Sociais	drogadictos, recuperandos (presidiários)
Condições Sistêmicas	gestantes, idosos, irradiados em região de cabeça e pescoço, pacientes submetidos a transplantes de órgãos, pacientes imunossuprimidos por medicamentos
Doenças Infectocontagiosas	pacientes HIV-positivos, sintomáticos e assintomáticos hepatites virais, tuberculose

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico é realizado pelo cirurgião-dentista e é eminentemente clínico por meio de exame físico intra e extra-oral. Quando existe a necessidade de exame radiográfico, o usuário deve comparecer as unidades radiológicas da rede portando ficha solicitação de exame (anexo I) para marcação de consulta e exame.

- Cárie dentária - a cárie dentária é uma doença infecciosa que progride de forma lenta na maioria dos indivíduos, raramente é auto-limitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária (FEJERSKOV; KIDD, 2005)¹³.

- Traumatismo dentário - são lesões que acometem tecidos moles, tecido ósseo, dentes e que ocorrem após trauma local envolvendo região peribucal. É uma situação frequente na atividade clínica de Odontopediatria. É importante também conhecer a história médica do paciente, história do trauma.

- Restos radiculares - são restos de raiz presentes na cavidade bucal em consequência de fratura radicular durante uma exodontia. O resto radicular pode, em alguns casos, infeccionar resultando em dor e edema local. Facilmente detectável pelo exame radiográfico.

- Gengivite – é a inflamação da gengiva em que a mesma se torna vermelha, inchada e sangra com facilidade. A gengivite é causada por higiene oral inadequada. É reversível com tratamento profissional e higiene oral doméstica adequada.

- Periodontite – doença periodontal é uma infecção bacteriana crônica que afeta as gengivas e o osso que suporta os dentes.

- Estomatite – qualquer processo inflamatório que acomete a mucosa bucal.

- Lesões de tecido moles – lesões que acometem os tecidos moles da cavidade oral. Podem ser benignas ou malignas.

- Mucocele – lesão bastante comum na mucosa oral. Trata-se de uma lesão não-infecciosa com acúmulo de mucina associado às glândulas salivares que leva a uma reação inflamatória localizada.

- Cálculo nos ductos salivares (sialolitíase) – refere-se à formação de cálculo (aposição patológica de minerais) nas glândulas salivares.

- Lesões ósseas – lesões que acometem os tecidos duros na mandíbula ou na maxila. Podem ser benignas ou malignas.

- Abscesso periapical e/ou periodontal – infecção de origem endodôntica e/ou periodontal geralmente associados à edema local e dor.

- Halitose - é alteração no hálito podendo ser patológica ou não.

- DTM – representa as disfunções têmporo-mandibulares que podem acometer todo o sistema estomatognático.

- Hipersensibilidade dentinária – sensibilidade aguçada nos dentes que pode ter várias causas.]

6- Critérios de Inclusão

- [• Possuir cartão SUS
- Usuário deve ser residente na área de abrangência do Centro de Saúde de sua referência (cartão centro de saúde)
- O encaminhamento para o CEO será realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Unidades de Saúde da Família com o preenchimento da guia de consulta n ° 6600 (Anexo II).
- Os pacientes deverão ser encaminhados ao CEO de sua referência.
- Serão encaminhados ao CEO aqueles pacientes com problemas mentais e comportamentais que passaram pela Unidade Básica de Saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional. Tais como¹:
 1. 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.
 2. Pacientes com deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas frustradas de atendimento na UBS.
 3. Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na UBS.
 4. Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento.
 5. Pacientes com distúrbio neurológico grave (ex. paralisia cerebral).
 6. Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica.
 7. Outros desvios comportamentais que tragam dificuldade de condicionamento]

7- Critérios de Exclusão

- [• Pessoas com limitação motora, deficientes visuais, deficientes auditivos e de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopata, idosos, pessoas com doenças infecto-contagiosas, disfunção renal, defeitos congênitos ambientais, **sem outras limitações, deverão ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde.**
- Quando o responsável pelo paciente não autoriza a realização do tratamento.
- Outras situações podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.]

8- Conduta

A prática odontológica voltada para a pessoa com deficiência **em nada se diferencia da clínica geral convencional**. Entretanto o manejo do paciente deve respeitar suas limitações físicas e psicológicas.

Manejo do paciente

Uma das situações mais desafiadoras no atendimento a PCD diz respeito ao manejo do comportamento durante a atuação clínica. Para tanto, é preciso não só conhecimento técnico-científico, mas também sensibilidade a fim de compreender os anseios individuais de cada paciente, bem como de sua família, para poder determinar a melhor maneira de conduzir o tratamento odontológico.

Durante o tratamento odontológico, é fundamental a comunicação entre o paciente e o profissional, com a finalidade de estabelecer uma relação de confiança entre ambos, a qual é construída por um processo dinâmico de diálogo e expressão facial.

As técnicas de abordagem beneficiam muito o tratamento odontológico da pessoa com deficiência, favorecendo a comunicação, o controle da ansiedade, o medo e a dor. Entre as abordagens mais comuns de condicionamento para a PCD podemos citar:

- Distração: A distração pode ser feita por meio de conversa sobre um assunto ou tema que interesse ao paciente, por uma música, por histórias interessantes ou até mesmo um pequeno descanso. Não é aconselhável utilizar esta técnica antes de um procedimento invasivo, pois a criança pode associar a distração como uma prévia de um procedimento traumatizante.
- Dizer/Mostrar/Fazer: Consiste em mostrar os instrumentos e equipamentos odontológicos, explicar o procedimento que será realizado e em seguida executá-lo. É importante que o profissional não esteja paramentado no primeiro contato e assim apresente aos poucos os equipamentos de proteção individual. Os instrumentais também devem ser mostrados iniciando-se por aqueles que geram baixo nível de ansiedade para aqueles de maior nível. Esta técnica é mais utilizada em pacientes capazes de absorver as informações.
- Modelação: Nesta técnica o paciente observa o tratamento odontológico de um modelo e, em seguida, é estimulado a executar a mesma ação. O modelo utilizado pode ser outra criança, ou um familiar, ou um boneco, ou até mesmo um filme mostrando outros pacientes com comportamento positivo sendo atendidas.

- Reforço Positivo: Consiste em gratificar o paciente quando ele apresenta um comportamento desejado, motivando assim sua repetição. Deve ser realizado imediatamente após a atitude positiva, para que o paciente identifique claramente qual o tipo de comportamento almejado.
- Controle de Voz: Consiste em instruções claras, concisas, por meio de frases curtas e diretas realizadas por meio de alteração do volume, ritmo e tom da voz. Após obter a atenção do paciente o dentista deve voltar ao seu tom de voz normal. É importante esclarecer previamente aos pais a necessidade do uso desse manejo do comportamento.

Para os pacientes tratados no centro cirúrgico o gerenciamento do comportamento deve ser retomado em seus retornos ambulatoriais, porque as condições de equilíbrio na saúde bucal, sem sintomatologia dolorosa, favorecem muito o êxito do gerenciamento do comportamento.

O ato anestésico

O uso do anestésico local previamente a realização dos procedimentos odontológicos é de suma importância para o controle da dor. Antes do início do ato anestésico, é adequado explicar ao paciente e ao cuidador o que se pretende realizar e como será a sensação no trans e no pós-anestésico. Converse calmamente, durante o procedimento, provocando assim, distração e relaxamento.

O paciente preferencialmente estará centralizado na cadeira odontológica, com o auxiliar ou o responsável ajudando no controle da cabeça ou de qualquer movimento abrupto, facilitando assim o procedimento anestésico. Na PCD com movimentos involuntários, a contenção física pode ser realizada de acordo com o perfil de cada paciente e a utilização de abridores de boca ajudará no direcionamento correto da agulha, diminuindo o risco de acidentes durante o ato anestésico.

Previamente ao uso dos anestésicos locais, é adequado a utilização de anestésico tópico, com a finalidade de reduzir a sensação dolorosa. A administração do anestésico local deve ser realizada lentamente evitando desconforto e reduzindo o estresse.

Em crianças ou pacientes com deficiência intelectual, o efeito prolongado do anestésico promove ameaça à integridade do paciente, que pode morder lábios, bochecha, língua ou arranhar a própria face. Anestésicos de curta duração como a mepivacaína 3% sem vasoconstrictor, reduzem este risco, e poderão ser empregados nas intervenções de curta duração. Os pais/responsáveis serão orientados a uma atenção redobrada nas horas que se

seguem ao procedimento com a finalidade de evitar injúrias aos tecidos moles, como mordeduras e lesões provocadas com as unhas do próprio paciente. Esta advertência deve ser dada antes e após a consulta.

A contenção física no atendimento à pessoa com deficiência

Para o atendimento odontológico as PCD que apresentam déficit mental severo ou movimentos involuntários, algumas vezes é necessário dispor de diferentes técnicas de contenção. O objetivo é manter o paciente na cadeira odontológica em condições favoráveis para a execução adequada do tratamento. A finalidade é restringir o movimento sem causar dor ou lesão.

A contenção, seja qual for o método, tem também como objetivo a proteção do paciente, pois movimentos involuntários ou agressivos durante o tratamento odontológico são fatores de risco para iatrogenias e dificultam sobremaneira a realização dos procedimentos.

Caberá ao profissional analisar e julgar qual o melhor método para conduzir cada paciente. Naturalmente, os pais devem estar cientes, esclarecidos e de acordo com o método a ser empregado.

Para sua realização o dentista lança mão de diferentes métodos, desde a contenção pelos braços (ou abraço) do responsável ou o uso de faixas, lençóis, coletes, ataduras e outros artifícios.

A equipe deve ser treinada para a realização da contenção, de modo a agir coordenadamente e de maneira calma e segura. O paciente contido deve ser observado continuamente pela equipe durante todo o atendimento.

É importante salientar que a contenção física não deve ser encarada como castigo, mas sim como uma forma de proteção, sendo que, por si só, promove alívio na agitação, provocando um relaxamento do paciente especial.

Indicação da contenção física

- Pacientes cujos movimentos involuntários constantes e desordens que impeçam seu posicionamento na cadeira odontológica. Por exemplo: portadores de paralisia cerebral.
- Deficientes mentais profundos que não colaboram.
- Pacientes agitados, agressivos, extremamente resistentes nos casos onde não há indicação de anestesia geral.
- Para os bebês, que por serem muito pequenos, não conseguem colaborar.

Formas de contenção física/mecânica

✓ Para o corpo:

- o embrulho pediátrico com lençol;
- o lençol e faixas em napa e velcron;
- o lençol e ataduras em crepe;
- o Kit estabilizador - contêm o movimento do paciente de modo mais seguro rápido;
- o holding therapy - terapia do abraço;
- o Contenção pelos pais e /ou auxiliar.

✓ Para as extremidades:

- o Lençol e ataduras.
- o Contenção pelos pais e /ou auxiliar.

✓ Para a cabeça:

- o Apoios de cabeça.
- o Travesseiro centralizador.
- o Contenção pelos pais e/ou auxiliar.

Recursos utilizados para manter a abertura bucal:

Os abridores de boca são utilizados em PCD que não conseguem manter a abertura da boca. Podem ser de madeira, metal ou borracha. Exemplo de abridores:

- espátulas abaixadoras de língua sobrepostas, e presas com fita crepe, podendo ser enroladas com gaze na extremidade. É de fácil confecção, de baixo custo, e descartáveis;
- abridor de boca metálico Molt;
- blocos de mordida em borracha colocados entre as arcadas. Estes devem ser amarrados com fio de nylon e usados em pacientes mais colaboradores;
- Dedal em resina ou PVC ou do tipo “boquinha da garrafa” (boca de garrafa pet cortada)

Para o controle de movimentos involuntários da mandíbula, escolha um abridor de boca dentre os tipos existentes. Tais dispositivos podem estimular o reflexo de regurgitação nos pacientes com paralisia cerebral. O uso de abridores deve ser cauteloso, pois podem causar laceração dos lábios e palato. A luxação de dentes e até extração ou fratura podem acontecer no uso com pacientes agitados e com movimentos involuntários. Devem ser

preferencialmente posicionados nas regiões das faces oclusais dos dentes posteriores, promovendo assim melhor condição de visualização do campo operatório.

Orientações para o atendimento às pessoas com deficiência com barreiras de cooperação:

- Podemos considerar a possibilidade de realizar o tratamento na cadeira de rodas, do paciente cadeirante, e que expressa esta preferência.
- Quando um paciente necessitar ser colocado na cadeira odontológica é conveniente perguntar-lhe como prefere que o segurem. Se não puder responder, em geral recomenda-se que duas pessoas o façam.
- É importante mantermos a cabeça do paciente o mais estável possível durante todo o procedimento.
- O paciente deve ser colocado e mantido na cadeira odontológica, centralizado, com os braços e as pernas mais próximos do corpo, de forma confortável.
- As costas do pacientes devem estar ligeiramente elevadas, de modo a minimizar o acúmulo de líquido na área posterior da cavidade bucal, evitando assim o engasgue ou vômito. É aconselhável não deixá-lo completamente deitado.
- Evite estímulos como movimentos rápidos, barulho e iluminação, sem antes avisar o paciente de modo a minimizar suas reações e reflexos.
- Os estímulos intra orais devem ser introduzidos lentamente, avisando ao paciente o que se pretende realizar. Deste modo, evita-se ou diminui-se os reflexos de ansiedade e vômito.
- Considere o emprego do dique de borracha sempre que possível;
- Ao utilizar o espelho clínico ou sugador, é importante atenção para que se evite a fratura do espelho na cavidade bucal ou a remoção da ponta do sugador em decorrência do reflexo de mordida.
- É importante evitar que durante as exodontias o dente removido seja deglutido ou aspirado, o que pode ocorrer devido aos movimentos involuntários presentes em alguns pacientes.
- Trabalhe com eficiência e no menor tempo possível, a fim de evitar fadiga dos músculos envolvidos.

Sendo assim, seguem abaixo algumas orientações a respeito de materiais que possam auxiliar na manutenção da qualidade do atendimento e na diminuição do estresse durante o serviço prestado:

- Espaço físico adequado para cadeiras de roda e macas de acordo com a norma a NBR 9050 da ABNT, que prevê parâmetros para todas as formas de acesso quanto à circulação,

rampas, corrimãos, área de transferência e de aproximação, instalações sanitárias adequadas, características de vagas de estacionamento e rebaixamento de calçadas;

- Aspirador bem eficiente, de preferência bomba a vácuo;
- Equipo odontológico de boa qualidade com kart (mesa) auxiliar;
- Mocho para o cirurgião-dentista, para as duas auxiliares e para o responsável pelo paciente;
- Macromodelo e macroescova, como também outros materiais lúdicos que possam auxiliar na educação em saúde bucal;
- Abridores de boca. Seja de borracha, do tipo Moulth ou descartável feito com palitos de madeira;
- “Kit Help” (Kit de emergência contendo cilindro de oxigênio, ambu, guedel, medicamentos de urgências e outros componetes opcionais);
- Instrumentos manuais e ionômero de vidro adequados para a realização da técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (ART);
- Equipamento de ultrassom com jato de bicarbonato;
- Demais instrumentais e materiais odontológicos necessários para atendimento odontológico comuns a todas especialidade.

Atendimento de urgência

As urgências odontológicas estão geralmente associadas à dor, causando medo e ansiedade ao paciente e a seus familiares. Os procedimentos de urgência ajudam na adequação do meio bucal, e por ser uma medida imediata, precedem a etapa do plano de tratamento.

Urgências odontológicas dolorosas podem ocorrer por problemas endodônticos, periodontais, traumatismos dentais, úlceras traumáticas, gengivoestomatite herpética, candidíase. Em muitas destas situações, o paciente com necessidades especiais poderá apresentar um quadro mais exacerbado do problema, devido à sua dificuldade de comunicação, de encontrar locais e profissionais que prestem o atendimento adequado em virtude da sua problemática de saúde e debilidade física.

Urgências Endodônticas

As alterações pulpares são responsáveis por um grande número de atendimentos de urgência causadores de dor orofacial. Nos pacientes cooperadores, o tratamento é semelhante ao dos demais pacientes com relação à terapia endodôntica e medicamentosa. Mas, quando apresenta deficiência mental severa, dificuldade de manejo, agressividade, movimentos involuntários intensos, ou nos casos de grande destruição da estrutura dental, passa-se a considerar o tratamento com o uso de contenção física ou química com a

finalidade de tentar preservar o órgão dental. Nos casos em que não há possibilidade destes métodos, deve-se considerar como opção a exodontia.

É de grande importância a avaliação da saúde sistêmica do paciente, no que tange a necessidade de pré-medicação (profilaxia antibiótica). Nos casos de alterações sistêmicas como: cardiopatias, doenças reumáticas, doenças renais crônicas, leucemia, diminuição da função imunológica, ou outras enfermidades, a bacteremia transitória, que ocorre após a realização de atos operatórios mais invasivos, poderá levar o paciente a uma endocardite bacteriana.

Urgências Periodontais

As urgências de origem periodontal tais como: gengivites, pericoronarites, abscessos periodontais são frequentemente encontradas nos pacientes especiais. Eles apresentam índices elevados de problemas periodontais, em decorrência da dificuldade de higienização bucal e ao uso constante de medicações anticonvulsivantes.

O paciente com Síndrome de Down, por apresentar comprometimento do seu sistema imunológico, possui maior susceptibilidade a doença periodontal agressiva com formação de bolsas profundas, o que facilita o acúmulo de biofilme dentário, inflamação gengival com possibilidade da formação de abscesso. O tratamento é similar ao que se preconiza aos outros pacientes, lembrando sempre de averiguar a presença de cardiopatias, alteração mais comumente observada nesta clientela.

Urgências por Traumas

As injúrias dentais em pacientes portadores de necessidades especiais podem acontecer em decorrência das suas condições físicas e mentais que promovem uma diminuição nos reflexos de defesa. Problemas de comportamento, desordens de conduta, hiperatividade, convulsões, deficiências sensoriais (visuais ou auditivas), favorecem a ocorrência de traumas dentais. Em pacientes com paralisia cerebral os traumatismos dentais ocorrem com maior frequência em decorrência das maloclusões associadas à falta do vedamento labial.

Os traumatismos são situações de urgência odontológica que impõem ao profissional um atendimento rápido, porém minucioso, necessitando de acompanhamento por longo período. Para prestar um serviço adequado, faz-se necessária a presença de radiografias e uma integração com diversas áreas da odontologia como: endodontia, dentística restauradora, cirurgia, e algumas vezes, a assistência de áreas da medicina.

O atendimento de urgências relacionadas aos traumatismos segue a mesma linha utilizada para os demais pacientes; é importante, porém, levar em conta a condição sistêmica, a existência de déficit imunológico e sua capacidade de cooperação no trans e pós-operatório.

Traumas ulcerativos

Lesões de aspecto ulcerado na mucosa bucal são um achado comum na clínica de atendimento odontológico a pacientes especiais. Indivíduos com diferentes condições psiquiátricas apresentam comportamento auto-mutilante, em decorrência de desordem severa no aparato sensorial, com alta incidência entre os autistas.

O comportamento auto-mutilante pode se apresentar como injúrias na gengiva, úlceras na língua e nos lábios e luxação de dentes. As mordeduras de língua e lábios podem ser tratadas com protetores bucais, combinados com terapia para modificação do comportamento; mas, em alguns casos mais agressivos, as exodontias tornam-se uma opção de tratamento. Quando o paciente se submete ao atendimento odontológico, com o uso de anestésicos locais, é importante que os pais sejam orientados a uma atenção redobrada, nas horas que se seguem ao procedimento, com a finalidade de evitar injúrias aos tecidos moles. O tratamento de ferimentos bucais graves deverá ser interdisciplinar, uma vez que requer a cooperação do paciente, dos pais, dos profissionais de saúde, e de uma equipe médica. É importante lembrar que abordagens terapêuticas, que produzam resultados satisfatórios para um paciente, poderão se mostrar ineficazes para outros. Deve-se colher o máximo de informações durante a anamnese, com o objetivo de orientar sobre as melhores estratégias de manejo comunicativo, farmacológico, ou procedimentos odontológicos protetores.

Atendimento odontológico sob anestesia geral

Em alguns casos é indicado a intervenção odontológica sob anestesia geral nessas pessoas com deficiência, que se baseia nos seguintes fatores fundamentais:

- Condições Clínicas: paciente com severo comprometimento físico, distúrbio neuromotor, neuropsicomotor ou deficiência mental do tipo severa ou profunda.
- Condições Bucais: tratamento odontológico muito extenso, extração de dente não irrompido, extrações múltiplas, hiperplasias, cistos, tumores e cirurgias de porte maior.
- Condições comportamentais: pacientes extremamente ansiosos, não cooperativos por problemas cognitivos, distúrbios comportamentais (autismo, Síndrome do X-Frágil e hiperatividade) ou psiquiátricos (Esquizofrenia, Síndrome do Pânico), demências e procedimentos cirúrgicos em crianças de tenra idade.
- Outras condições: Necessidades de tratamento acumuladas em pacientes residentes em áreas afastadas, que não possuem esse tipo de atendimento.

Anestesia geral é um termo utilizado para designar uma técnica que promove inconsciência (hipnose), total abolição da dor (analgesia/anestesia) e relaxamento do

paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica conhecida. Pode ser obtida com agentes inalatórios e/ou endovenosos.

É um recurso adicional e, em algumas situações, pode ou deve ser instituída para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. A realização do tratamento odontológico, quando possível, deve ser ambulatorial com a participação de equipe multiprofissional e interdisciplinar, diminuindo consideravelmente os riscos inerentes à própria hospitalização, administração dos agentes anestésicos gerais, como também dos custos totais desse procedimento (HADDAD, 2007).

A indicação da anestesia geral para o tratamento odontológico deve seguir um planejamento. Isto não descarta a alteração da decisão, em outras sessões, quando se quer tentar outras formas de atendimento. Os CEOs localizados dentro dos hospitais possuem o centro cirúrgico disponível também para tratamento odontológico. Já aquelas unidades de CEO como a Policlínica de Taguatinga e CEO 712/912 sul, que não se localizam dentro de hospitais, caso necessitam indicação de tratamento com anestesia geral, devem referenciar seus pacientes para HRT e HMIB, respectivamente.

O Conselho Federal de Medicina determinou, por meio da portaria nº 852 de 04/10/1978, sobre pacientes a serem submetidos à anestesia geral para tratamento odontológico por cirurgiões-dentistas que: a anestesia geral somente poderá ser realizada por médico anestesiológico, em ambiente hospitalar, sendo que o hospital deve dispor de condições indispensáveis de segurança, comuns a ambientes cirúrgicos. A portaria determina ainda ser atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório ou ambulatório, devendo, portanto, ser administrada por médico anestesiológico em ambiente hospitalar, por este possuir recursos no caso de ocorrer qualquer eventualidade.

Considerando que a lei n.º 5081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia em todo território Nacional, no art. 6º especifica a competência do cirurgião-dentista no uso da anestesilogia nos seguintes termos: "*Art. 6º compete ao cirurgião-dentista (CD): inciso V - aplicar anestesia local e troncular; VI - empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meio eficazes para o tratamento*", a resolução 173/91, do CFO, resolveu que:

Artigo 1º, o cirurgião-dentista poderá operar paciente submetido a qualquer um dos meios de anestesia geral, desde que sejam atendidas as exigências cautelares recomendadas para o seu emprego.

Artigo 2º, o cirurgião dentista somente poderá executar trabalhos profissionais em pacientes sob anestesia geral quando a mesma for executada por profissional médico especialista e

em ambiente hospitalar que dispostas das dispensáveis condições comuns a ambiente cirúrgicos.

É importante ainda salientar que em ação conjunta o CFO e o CFM estabeleceram critérios para a realização de cirurgias das áreas de bucomaxilofacial e crânio-maxilofacial. As resoluções CFM 1.950, de 19 de junho de 2010 e CRO 100 de 18 de março de 2010 resolveram que:

Art. 1º Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e odontólogo, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento.

Art. 3º Os médicos anesthesiologistas só poderão atender solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos à cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM nº 1.802/06.

Elaboração do plano de tratamento

Tem como objetivo a organização e racionalização dos procedimentos, diminuindo a possibilidade de imprevistos e atrasos, assim como mudanças necessárias durante a execução do tratamento.

- Anamnese: informações do paciente, história médica odontológica pregressa e atual, exames complementares e pareceres médicos necessários.
- Exame bucal: diagnóstico (exame clínico e radiográfico quando possível).
- Interação equipe odontológica e anesthesiologista: discussão do tempo de duração da anestesia de acordo com a natureza e o volume do trabalho a ser realizado.
- Quando não for possível realizar exame bucal e plano de tratamento detalhado, eles serão feitos com o paciente sob anestesia geral.

Conduta pré-operatória

- Realização de minuciosa anamnese;
- Solicitação de radiografias (panorâmica e periapicais) sempre que possível;
- Solicitação de exames laboratoriais:
 - ✓ Sangue: hemograma completo, coagulograma, glicemia, uréia, creatinina, TGO, TGP.
 - ✓ Urina: EAS (Elementos Anormais de Sedimentação)
 - ✓ Fezes: parasitológico

- Solicitação de Rx de tórax PA e perfil;
- Solicitação de parecer cardiológico, relatório de risco cirúrgico e demais pareceres que forem necessários de acordo com a doença-base de cada paciente;
- Consulta para avaliação dos exames, planejamento do tratamento e agendamento do centro cirúrgico;
- Preenchimento do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) e assinatura do responsável pelo paciente;
- Preenchimento do pedido de internações e altas (AIH);
- Esclarecimento ao responsável quando do jejum absoluto a ser realizado nas 12 horas antecedentes à internação.
- Encaminhamento para o ambulatório de avaliação pré-anestésica, sempre que possível.

Avaliação Pré-Anestésica

É uma consulta médica de avaliação clínica e especializada, de responsabilidade do anestesiológista, que consiste na ponderação de informações de múltiplas fontes que incluem: prontuário médico, entrevista, exame físico e resultados de exames diagnósticos. Através dela será avaliada a necessidade de interconsultas com outros profissionais de saúde para obtenção de informações relevantes.

O CFM aprovou a Resolução de nº 1.802/06, de extrema relevância para os pacientes que terão de se submeter a qualquer tipo de ato anestésico. Ela atualiza e moderniza a prática do ato anestésico, além de dispor sobre as condições de segurança obrigatórias desde o pré-até o pós-operatório, e também sobre os equipamentos e requisitos mínimos para a realização da anestesia em qualquer hospital ou instituição de saúde do Brasil. Resolveu:

Art. 1º Determinar aos médicos anestesiológicos que:

I – Antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiológista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível.

a) Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada em consulta médica antes da admissão na unidade hospitalar;

b) na avaliação pré-anestésica, baseado na condição clínica do paciente e procedimento proposto, o médico anestesiológista solicitará ou não exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas;

c) o médico anesthesiologista que realizar a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

II – Para conduzir as anestésias gerais ou regionais com segurança, deve o médico anesthesiologista manter vigilância permanente a seu paciente.

III – A documentação mínima dos procedimentos anestésicos deverá incluir obrigatoriamente informações relativas à avaliação e prescrição pré-anestésicas, evolução clínica e tratamento intra e pós-anestésico.

IV – É ato atentatório à ética médica a realização simultânea de anestésias em pacientes distintos, pelo mesmo profissional.

V - Para a prática da anestesia, deve o médico anesthesiologista avaliar previamente as condições de segurança do ambiente, somente praticando o ato anestésico quando asseguradas as condições mínimas para a sua realização.

Internação e Pré-anestésico

- O paciente deve estar em jejum absoluto durante as doze horas que precedem a anestesia geral. Indica-se o período matinal como ideal.
- Paciente e responsável apresentam-se na sala de internação.
- O paciente é encaminhado para o centro cirúrgico em companhia do responsável
- Caso necessário, será realizada medicação pré- anestésica pelo anesthesiologista com a finalidade de diminuir a ansiedade.
- Se o paciente não chegar sedado ao centro cirúrgico, será solicitada a ajuda daquele que tem maior grau de afetividade no acompanhamento, até a sala cirúrgica. Após a indução anestésica o acompanhante deixa a sala.

Equipamentos, materiais e instrumentais necessários para atendimento odontológico em centro cirúrgico:

- Aspirador de secreções
- Equipo odontológico
- Instrumentos manuais e rotatórios
- Fotopolimerizador
- Amalgamador
- Equipamento para raspagem com ultra-som
- Raios-X e meios para revelação de filmes
- Abridores de boca
- Todo material de consumo para a realização de procedimentos odontológicos.

Cuidados pós-operatórios

- Paciente é encaminhado para a sala de recuperação.
- Preenchimento das fichas do prontuário: relatório da cirurgia e prescrições pós-operatórias.
- Orientação ao responsável sobre os cuidados pós-operatórios, medicações e marcação do retorno ao ambulatório.
- Alta hospitalar, com o paciente plenamente recuperado, após alta do anestesiolegista. Geralmente concedida no mesmo dia do procedimento, desde que o paciente esteja em perfeitas condições de saúde bucal e sistêmica.

]

8.1 Conduta Preventiva

- Aconselhamento dietético: as orientações da dieta para o paciente especial não diferem muito das recomendadas para os outros pacientes, porque as suas necessidades nutricionais são as mesmas. É importante que o profissional faça uma avaliação individualizada da dieta para uma mudança de hábitos, visando reduzir o seu potencial cariogênico. As refeições devem ter horários determinados, para evitar a ingestão de alimentos nos intervalos. A frequência e a quantidade da ingestão de açúcares devem ser a principal preocupação do dentista. Os responsáveis pelo paciente precisam estar atentos aos altos índices de sacarose presentes nas medicações diárias. Para aqueles pacientes com acompanhamento nutricional diferenciado, recomenda-se que o cirurgião-dentista entre em contato com o profissional responsável (nutricionista/nutrólogo) antes de propor qualquer mudança.
- Controle da Placa: O controle caseiro pode ser feito através da escovação associada ao uso do fio dental. No consultório, pode-se avaliar a presença de placa bacteriana e sangramento gengival, para controle da saúde bucal. A placa pode ser detectada com o uso de uma solução evidenciadora e sempre com o auxílio de um sugador. O controle químico da placa pode ser feito também com o pincelamento de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia durante, no máximo, 14 dias consecutivos. O seu uso rotineiro é desaconselhável pela possibilidade de manchar os dentes.
- Orientação de higiene oral: Sempre que possível o paciente deve ser ensinado a escovar os próprios dentes. Porém, devido às suas limitações, como por exemplo, a coordenação motora deficiente, eles precisarão da ajuda dos responsáveis, ou até mesmo de uma fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional para um treinamento progressivo. Quando for necessário realizar a escovação, a posição do paciente deve respeitar as suas limitações físicas.

A escova elétrica ou uma escova com o cabo modificado pode ser usada para facilitar o manuseio. Se o paciente fizer uso de medicações que diminuam o fluxo salivar, pode ser necessário o umedecimento da cavidade bucal com um mucolítico.

Bebês: antes mesmo do nascimento dos dentes, devemos higienizar a gengiva, bochecha e língua com fralda limpa ou gaze umedecida com água filtrada ou fervida. Isto tem a finalidade de criar hábitos de higienização no bebê. Quando começar a nascer os dentes decíduos da frente, a limpeza ainda é feita com gaze ou fralda umedecida em água limpa. Logo que irromper os decíduos de trás, aproximadamente após 18 meses de idade, a limpeza dos dentes e da língua deve ser feita com escova de dente pequena e macia⁵.

Já na **dentição decídua**, a escovação dentária deve ser introduzida com a dedeira de látex ou escova apropriada para bebês, e a higienização deve ser feita após cada mamada ou alimentação. Crianças podem usar creme dental com flúor, mas em pequena quantidade (menos do que um grão de arroz é suficiente e não incomoda o bebê). Limitar a frequência de escovação a duas vezes ao dia e ensinar a criança a não engolir a espuma do creme dental.

Na **dentição mista**, devemos alertar sobre a irrupção dos primeiros molares permanentes, o alto risco de cárie na face oclusal desses dentes, orientando sua higienização de uma forma individualizada. Nos **adolescentes** com necessidades especiais, é necessária uma maior supervisão na higienização e no uso do fio dental por parte dos cuidadores, porque é uma fase em que eles são mais negligentes com a saúde bucal. No paciente especial **adulto**, também deve ser feita uma supervisão ou até mesmo uma complementação da higiene por um responsável. O uso do fio dental deve ser incentivado desde a dentição decídua. Para facilitar o seu uso podem ser indicados os suportes de fio dental.

- Uso de fluoretos ou selantes: O uso de vernizes com flúor é indicado para pacientes especiais, por permanecerem aderidos ao esmalte por várias horas, aumentando a atuação do flúor. A aplicação tópica com gel fluoretado também pode ser utilizada, mas é necessário que se controle a sua ingestão. Os bochechos devem ser indicados com muito critério, considerando o grau de colaboração do paciente e suas condições neuropsicomotoras.

Estudos recentes demonstram que a redução de flúor nas pastas de dentes para menores de 6 anos tende a causar anos mais tarde um aumento em casos de cáries (CURY, 2010). Portanto, é preferível que se utilize uma quantidade menor de dentífrico fluoretado do que as antigas pastas sem adição de flúor, que em nada colaboram para a remineralização do esmalte.

Recomenda-se apenas que o responsável pela PCD com dificuldade motora ou que não saiba cuspir o auxilie, passando uma gaze limpa pela cavidade bucal após a escovação para remover o excesso de dentifrício e evitar sua ingestão.

- Profilaxia profissional: A limpeza profissional dos dentes tem por objetivo eliminar a placa de todas as superfícies dentais, devendo ser realizada com o uso de pedrapomes misturada com água ou pastas profiláticas não oleosas. Nas superfícies lisas deverá ser utilizada a taça de borracha. Nas superfícies de sulcos, fossas e fissuras, escova de Robinson e nas proximais, fio dental. A profilaxia bucal também pode ser realizada com jato de bicarbonato. A frequência da limpeza profissional deverá ser realizada de acordo com o risco e/ou atividade de cárie de cada paciente.
- Escavação – ART: O tratamento restaurador atraumático (ART) é indicado como complemento das medidas preventivas e educativas para o paciente especial. Consiste na remoção parcial do tecido cariado (dentina infectada), com o uso de curetas e posterior restauração com ionômero de vidro quimicamente ativado. Além de melhorar consideravelmente as condições bucais do paciente, é um procedimento indolor. O ART tem como principal objetivo manter os dentes na cavidade bucal, melhorando as condições de saúde, favorecendo o gerenciamento do comportamento (condicionamento) do paciente ao tratamento odontológico.]

8.2 Tratamento Não Farmacológico

[Ações de promoção de saúde: escovação supervisionada, profilaxia profissional, uso de selantes, orientação de higiene bucal, controle de placa, aconselhamento dietético, restaurações ART, participação nas atividades de grupo da UBS e outros serviços da atenção primária à saúde.]

8.3 Tratamento Farmacológico

[]

8.3.1 Fármaco(s)

- Aciclovir– comprimidos de 200mg - (nº DCB 00083)
- Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg + 62 mg/5ml - (nº DCB – 00736 / 00137)
- Amoxicilina 500 mg – cápsulas ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml, frasco 150 ml – (nº DCB – 00734 / 00736)

- Ampicilina (sódica) pó para solução injetável 500mg – frasco ampola (nº DCB – 00738)
- Ampicilina + Sulbactam pó para solução injetável (2000mg + 1000 mg) – frasco ampola (nº DCB 00738).
- Azitromicina 500 mg- comprimidos - (nº DCB 00997)
- Cloridrato de Clindamicina 300 mg – cápsulas - (nº DCB 02230)
- Cefalexina 500 mg – drágea ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml (nº DCB 01826).
- Dipirona Sódica – solução oral 500mg/ml - (nº DCB 03121).
- Eritromicina 250 mg – comprimidos – (nº DCB 03490).
- Ibuprofeno 600 mg – comprimidos, solução oral 50 mg/ml - (nº DCB 04766).
- Metronidazol 400 mg – comprimidos - (nº DCB 05902).
- Nistatina – solução oral suspensão oral 100.000 UI/ml, frasco 50 ml - (nº DCB 06410)
- Paracetamol 500 mg – comprimidos, solução oral 200mg/ml - (nº DCB 06827).
- Toxina Botulínica tipo A de Clostridium botulinum 500U pó liofilizado para solução injetável – frasco-ampola (nº DCB 09567).
- Toxina Botulínica tipo A Pó liofilizado para solução injetável 100 U - frasco-ampola (nº DCB 09567).]

8.3.2 Esquema de Administração

- [Aciclovir - comprimidos 200 mg (nº DCB 00083), ministrados 5 vezes ao dia durante 5 dias.
- Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg + 62 mg/5ml - (nº DCB – 00736 / 00137) ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
- Amoxicilina 500 mg – cápsulas ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml, frasco 150 ml – (nº DCB – 00734 / 00736) ministrado d 08/08h durante 07 dias.
- Ampicilina (sódica) pó para solução injetável 500mg – frasco ampola – aplicar intramuscular (IM)
- Ampicilina + Sulbactam pó para solução injetável (2000mg + 1000 mg) – frasco ampola – aplicar IM
- Azitromicina 500 mg - comprimidos - (nº DCB 00997) ministrado 01 vez ao dia durante 03 dias.
- Cefalexina 500 mg – drágea ou comprimidos, pó para suspensão oral 250 mg/5ml (nº DCB 01826) ministrado de 06/06h durante 07 dias.

- Cloridrato de Clindamicina 300 mg – cápsulas - (nº DCB 02230) ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
- Dipirona Sódica – solução oral 500mg/ml - (nº DCB 03121) ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
- Eritromicina 250 mg - comprimidos - (nº DCB 03490) ministrado de 06/06h durante 07 dias.
- Ibuprofeno 600 mg – comprimidos, solução oral 50 mg/ml - (nº DCB 04766) ministrado de 08/08h enquanto o sintoma persistir.
- Metronidazol 400 mg – comprimidos - (nº DCB 05902) ministrado de 08/08h durante 07 dias.
- Nistatina – solução oral suspensão oral 100.000 UI/ml frasco 50 ml - (nº DCB 06410), bochechos diários 4 vezes soa dia, durante 14 dias.
- Paracetamol 500 mg – comprimidos, solução oral 200mg/ml - (nº DCB 06827) ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
- Toxina Botulínica tipo A de Clostridium botulinum 500U pó liofilizado para solução injetável – frasco-ampola – Uso de 03 em 03 meses para tratamento de bruxismo. Aplicar 50U IM.
- Toxina Botulínica tipo A Pó liofilizado para solução injetável 100 U - frasco-ampola – Uso de 03 em 03 meses para tratamento de bruxismo. Aplicar 50U IM.]

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

[Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média 3 a 5 dias, já os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 10 dias ou até a remoção dos sinais e sintomas.

Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em reação à medicação prescrita, o paciente deve suspender seu uso e procurar a unidade de saúde de referência para consulta com o profissional.]

9- Benefícios Esperados

[O maior benefício do tratamento odontológico consiste em proporcionar educação em saúde bucal para os usuários e o atendimento odontológico propriamente dito, com confecção de restaurações dentárias, redução nos índices de cárie dentária nesta população, remoção da dor nos casos de urgência, prolongando assim a manutenção do dente na cavidade bucal e melhorando as condições de saúde geral e bucal do paciente.]

10- Monitorização

[O número de sessões de atendimento é individual e dependerá da gravidade do problema apresentado pelo usuário e será definido pelo cirurgião-dentista que o assiste. Em média, o intervalo entre consultas varia de 1 semana.]

11- Acompanhamento Pós-tratamento

[As manutenções preventivas são visitas periódicas marcadas após a realização do tratamento odontológico na PCD. Quando o usuário conclui seu tratamento, ele já sai da UBS com o retorno programado agendado para 06 meses após.

Todo o trabalho desenvolvido desde a primeira consulta será revisto, reforçado, apreendido e mantido. Mesmo nos casos de pacientes que foram encaminhados ao Centro Cirúrgico, a manutenção preventiva será a oportunidade de se adequar esses pacientes ao atendimento ambulatorial. Pacientes em boas condições de atendimento, cooperativo e cujas famílias aderiram ao tratamento podem fazer o monitoramento na UBS. Portanto, o retorno deve ser planejado segundo a avaliação das seguintes condições:

- Fatores predisponentes de natureza sistêmica do paciente;
- Risco individual à cárie e doença periodontal;
- Dificuldade de manejo do paciente;
- Cooperação da família;
- Condição econômica e social do grupo familiar;
- Disponibilidade de horário e de profissionais.

Nas consultas periódicas será feita a revisão prévia dos pareceres médicos, da anamnese para se inteirar de mudanças na saúde do PCD ou até mesmo na confirmação do diagnóstico médico. Algumas vezes, é necessário repetir exames radiográficos, complementares ou pareceres; investir mais nos condicionamentos psicológicos e físicos, observar se a família está envolvida no protocolo preventivo para se alcançar a saúde bucal e a inclusão social.

A primeira fonte de atenção são os pais, que deverão ser conscientizados sobre as necessidades odontológicas de seus filhos. Serão também esclarecidos de que a não supervisão da escovação de um PCD pode dar origem a sérios problemas dentários. O grau de supervisão e assistência por parte dos pais dependerá da habilidade ou da falta de cooperação do paciente quanto à sua higiene oral. Pode-se orientá-los sobre:

- A aplicação das medidas preventivas diárias em seus filhos;
- A responsabilidade dos pais em manter a boa higiene oral domiciliar;
- A receptividade dos familiares e pacientes para o programa preventivo;

- A importância da adesão às medidas preventivas propostas como: cumprir consultas, aceitar e manter o tratamento preventivo, bem como retirar o comportamento não saudável (risco);

- A responsabilidade compartilhada entre família, paciente e cirurgião-dentista.

Fatores que poderão ser monitorados pelo cirurgião dentista durante as sessões das consultas preventivas:

- avaliação da eficiência da higienização dos dentes, da saúde gengival e demais tecidos da cavidade oral;

- avaliação, a cada consulta, das condições da escova, do uso do fio dental e do creme dental mais indicado para a faixa etária do paciente;

- orientação aos responsáveis, sobre as técnicas e posições corretas para a escovação da pcd;

- demonstração das posições que facilitem o controle do paciente durante a higienização, dando mais visibilidade, e melhorando o posicionamento do responsável e do paciente, com a finalidade de se obter um razoável conforto para ambos;

- observação do índice de consumo de sacarose, dando aos familiares as orientações necessárias;

- observação da presença de lesões ativas e de superfícies vulneráveis;

- observação do estágio de irrompimento dos dentes decíduos e permanentes;

- avaliação do desenvolvimento de maloclusões que possam ser tratadas;

- avaliação da necessidade do uso de fluoretos suplementares.

Nos pacientes com menor comprometimento mental, sensorial e motor e com famílias colaboradoras, pode-se realizar um treinamento durante as sessões de manutenção preventiva com o PCD e familiares, a fim de que o paciente execute sua própria escovação.

Não esquecer que em parâmetros médicos, educacionais e da vida familiar do paciente não é fácil programar e obter um atendimento e acompanhamento perfeito e que os bons resultados serão na maioria das vezes obtidos a longo prazo, após uma boa preparação. O correto atendimento será construído de forma lenta, calma, cheia de repetições e com muito consumo de tempo, de material, mas que ao final mostra-se salutar para o paciente.

A prevenção da recorrência de lesões cáries, a diminuição de problemas gengivais, a integração da família no programa, o condicionamento psicológico dos pacientes com deficiência, inclusive aqueles tratados sob anestesia geral, mostram a importância da manutenção preventiva periódica e se justifica o investimento neste tipo de atendimento.

No caso de pacientes que concluíram seus tratamentos clínicos ou que vêm se mantendo saudáveis, recomenda-se o agendamento anual para acompanhamento periódico e reforço de autocuidado na UBS de referência.]

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Nome:	D.N:
-------	------

Eu, _____ na qualidade de responsável pelo paciente acima descrito, autorizo exame clínico e tratamento odontológico pela equipe SES DF, do C.E.O _____.

Vim a este ambulatório espontaneamente e tenho conhecimento que o tratamento odontológico será realizado preferencialmente a nível ambulatorial. Para que isto seja possível, pode ser que em alguns momentos seja necessária utilização de técnicas de gerenciamento comportamental tais como contenção física e utilização de abridores de boca, podendo ser útil a minha ajuda nestas manobras. Estou ciente dos riscos inerentes nestas técnicas, mas tendo em vista seus benefícios para o sucesso no atendimento ambulatorial, concordo com sua utilização.

Caso haja indicação, parte do tratamento será realizada a nível hospitalar, em centro cirúrgico, sob sedação ou anestesia geral. Esta indicação pode ser proposta e mudada a qualquer momento do tratamento

Entendo a importância da saúde bucal para a vida do indivíduo e por isto me comprometo a seguir à risca as orientações sugeridas pela equipe, assim como vir às consultas de manutenção programadas após o fim desta primeira etapa reabilitadora.

No caso de dúvidas ou dificuldades domiciliares relevantes ao plano de tratamento odontológico proposto, me comprometo em colocá-las em discussão nas consultas para que a equipe possa me apoiar.

Todas as informações fornecidas por mim nesta anamnese são verdadeiras.

Autorizo utilização desta documentação para fins científicos () sim () não

Brasília, ____ de _____ de ____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL]

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

[A regulação, controle e avaliação serão realizadas através dos dados coletados em cada unidade de saúde da SES-DF e analisados de forma mensal através do trackcare. Nas unidades sem trackcare será avaliado a produtividade mensal através das fichas de boletim de produção ambulatorial (BPA).]

14- Referências Bibliográficas

- [1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN 85-334-1228-2.
2. CAMARGO, W. J. e Col. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Editora Brasília. Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA. Pag. 220–226, 20023. CAO E – Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais – UNESP Contenção física no atendimento do paciente especial - apostila Araçatuba - SP1993
4. COGO K, Bergamaschi CC, Yatsuda R, Volpato Mc, Andrade ED. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia: Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo - 2006 maio/agosto: 18 (2) 181-188.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretária de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica- Mantenha seu Sorriso Fazendo a Higiene Bucal Corretamente. 2013. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mantenha_sorriso_fazendo_higiene_bucal.pdf
6. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.232 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, (8)
7. CORRÊA, Maria Salete, N.P. - Odontopediatria na Primeira Infância - Edição Santos - SP 1998 - cap. 49 - Pg. 801-809.
8. COSTA, M. H. P. et al., Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal com Necessidades Especiais. Com. Ciências Saúde. 2007; 18(2): 129-139
9. CURY, Camila Fernanda Meirelles Ramos; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez. 2006.
10. CURY, Jaime; TENUTA, L.M.A. Evidências Para o Uso de Fluoretos em Odontologia. Odontologia Baseada em Evidências – Ano 2, número 4, janeiro de 2010.
11. ELIAS, R. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: uma visão clínica. São Paulo: Livraria e Editora Santos e Revinter. Pag. 119–130, 135–142, 2007

12. FARIAS, M. A. V.; MOURA, E. R. F. Buccalhealth in the FHP context in the Rev. Odontol. UNESP, v. 32, n. 2, p. 131-137, jul. / dez. 2003.
13. FERJERKOV, O., KIDD, E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos, 2005. 352p.
14. FOURNIOL FILHO, A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Santos, 1998.
15. GENOVESE, W. J. Metodologia do exame clínico em odontologia. São Paulo: Pancast Editorial, 1992, 391p.
16. GRANDIM T. Calming effects of deep touch pressure in patients with autistic disorder, college students, and animals. J ChildAdolescPscopharm 1992; 2:63-72
17. HADDAD, A. S. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. Livraria e Editora Santos. 2007
18. HADDAD, A. S.; SANTOS, M. T. B. R. Abordagem do paciente com paciente com necessidade especial. Odontologia, Arte e Conhecimento. V. 2, Artes Medicas, 2003
19. JOHNSON, C. D. ; MATT, M. K. ; DENNISON, D. et al. A case report preventing factitious gingival injury in an autistic patient. J Am Dent Assoc 1996; 127: 244-7.
20. KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. Am Acad Ped Dent 1998; 20:312-78.
21. KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. SpecCareDent. 1999; 19: 2007.
22. LANA, M. T. S.. Situação atual do sistema de saúde nas cidades de Araguatins e Buriti do Tocantins: estudo comparativo. Monografia apresentada Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Odontologia, Curso de Especialização a Distância em Saúde Coletiva. Araguatins e Buriti do Tocantins. 2004
23. LOWE, O; LINDEMANN, R. Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. JournalofDentistry for Children v. 52 (1) p.29-35. 1985.
24. MACHADO MCL. Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e doença mental (tese) São Paulo, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo 1995.
25. MARCOLAN, JF. A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo: Edição do autor; 2004.
26. MAREGA, T e cols., Técnicas de abordagem no atendimento a pacientes com necessidades especiais, Anais. 16º Conclave Internacional de Campinas ISSN 1678-1899 - n. 115 - Março/Abril 2005
27. McDONALD, R. E. Odontopediatria Guanabara Koogan 2001 7ª Edição 608 p.
28. MEDINA, A. C.; SOHGBE, R.; GOMEZ-REY, A. M. et al. Factitial oral lesions in an autistic pediatric patient. Int. J PediatrDent 2003; 13: 130-37

29. MORAES, A. B. A.; PESSOTTI, I. Psicologia aplicada à odontologia. São Paulo. Sarvier. 1985.
30. MUGAYAR, L. R. F. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral. São Paulo: Pancast editora. Pag. 165-76, 199–213, 251–258, 2000
31. NEGREIROS, Armando, A. F. - Utilização de drogas endovenosas para sedação em consultório - Medcenter.com Odontologia - www.odontologia.com.br/artigos.asp.
32. NICOLETTI, R.L; Felício, A. A. Anestesia em Pediatria. São Paulo: Manole, 1981. Sonis, S.T.; Fazio, R.C.; Fangil, L.. Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
33. PAES, M. R. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Revista de Enferm. UERJ, Rio de Janeiro 2009 out/dez; 17(4): 479-84.
34. PEREIRA, Carmen Regina dos Santos; PATRÍCIO, Alberto Allan Rodrigues; ARAÚJO, Fábio Andrey da Costa; LUCENA, Eudes Euler de Souza; LIMA, Kenio Costa de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 25(5): 985-996, mai, 2009.
35. PEREIRA, Maria Alice. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Revista da Escola de Enfermagem USP, vol.41, nº. 4, São Paulo. Dezembro 2007
36. PERES, A. S., Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre aspectos éticos e legais. Rev. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba, 17 (1): 49-53, 2005
37. PINTO, A. C. G. Odontopediatria Livraria e Editora Santos 7ª Edição 2003
38. REVISTA do departamento de cirurgia da Faculdade de odontologia de Barretos. Avaliação pré anestésica encontrado em angelfire.com/nm/cirurgia/avalia/avalia.html acessado em fevereiro 2010
39. SASSAKI, Romeu. <http://www.deficienteciente.com.br/2010/08/necessidades-especiais.html>
40. SECRETARIA da Saúde de SP, Cadernos de Saúde Bucal da SES-SP, "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais", Dezembro 2005, Pg. 10-76.
41. SILVA, L. C. P. et al. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: Protocolos para o Atendimento Clínico. São Paulo: Livraria Santos Editora. Pag. 71–80, 2009
42. SILVA, R. A. B. et al. Autismo: aspectos de interesse ao tratamento odontológico. Odontologia Clínica Científica. Recife 7(3) 191-196 jul/set 2008.
43. TOLEDO, O. A. Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Editora Premier, 2005.


44. VARELLIS, M.L.Z. O Paciente com necessidades Especiais na Odontologia: Manual Prático. São Paulo: Santos, 2005.
45. AMIRALIAN, MLT et AL. Conceituando Deficiência. Ver. Saúde Pública, vol. 34, n.1, São Paulo, Fev, 2000.

ANEXO I

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE UNIDADE DE RADIOLOGIA	REQUISIÇÃO DE EXAME																																																						
NOME: _____ REGISTRO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ NATURALIDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO <input type="checkbox"/>																																																							
MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____ EXAME SOLICITADO: _____ _____																																																							
INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____ _____ _____ _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CONTRASTE ml</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">FILMES</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">CUSTOS</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">IODADO</th> <th style="text-align: center;">BARITADO</th> <th></th> <th style="text-align: center;">ÚTEIS</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">PERDIDOS</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>14x17</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>16x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>20x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CRM</td> <td style="text-align: center;">MATRICULA</td> <td>24x30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>30x40</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>35x35</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CONTRASTE ml		FILMES		CUSTOS		IODADO	BARITADO		ÚTEIS	PERDIDOS				14x17						16x30						20x30				CRM	MATRICULA	24x30						30x40						35x35						TOTAL			
CONTRASTE ml		FILMES		CUSTOS																																																			
IODADO	BARITADO		ÚTEIS	PERDIDOS																																																			
		14x17																																																					
		16x30																																																					
		20x30																																																					
CRM	MATRICULA	24x30																																																					
		30x40																																																					
		35x35																																																					
		TOTAL																																																					
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">DATA</div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">ASSINATURA DO MÉDICO</div>	<div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">EXAME MARCADO</div> DATA: ____/____/____ HORAS: _____																																																					

MOD. 45.05 - CDD - COMPUTADOR 40209 - FORMATO 110 x 175 mm

ANEXO II

 <p>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DIRETORIA DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>Do C.S.Nº: _____</p> <p>Para: _____</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">GUIA DE CONSULTA</p>	<p>REGISTRO CLÍNICO Nº: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Filiação: _____</p> <p>Natural: _____ End.: _____</p> <p style="text-align: right;">Fone: _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">Iniciais do Nome</td> <td style="font-size: 0.8em;">D C</td> <td colspan="3" style="font-size: 0.8em;">DATA DE NASC:</td> <td style="font-size: 0.8em;">Sexo</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="font-size: 0.8em;">Dia</td> <td style="font-size: 0.8em;">Mês</td> <td style="font-size: 0.8em;">Ano</td> <td style="font-size: 0.8em;">M/F</td> </tr> </table>	Iniciais do Nome	D C	DATA DE NASC:			Sexo			Dia	Mês	Ano	M/F
	Iniciais do Nome	D C	DATA DE NASC:			Sexo								
		Dia	Mês	Ano	M/F									
CENTRO DE SAÚDE														
<p>ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência</p> <p>Queixa Principal: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Impressão Diagnóstica (CID): _____</p> <p>Referência: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"> / / Carimbo e Assinatura do Médico do C.S. </p>														
HOSPITAL REGIONAL														
INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO														
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">3</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> CONDUTA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Primário </td> </tr> </table> <p>Terapêutica: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Contra Referência: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">OBSERVAÇÃO: A nível primário, orientar a conduta de seguimento.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"> / / Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S. </p>			ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CONDUTA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Primário										
ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CONDUTA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Primário													
Med. 56.00	M.P. Gráfica	Med. 20 x 28,5 cm												
		CC. 51361												

DADOS PESSOAIS:

Veio encaminhado de: vagas() pedido de _____, outro _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefones: _____
Filiação: _____
Cuidador principal: mãe avo tia babá irmã _____
Escolaridade do cuidador: analfabeto fundamental médio superior
Familiares dentro de casa: mãe pai irmãos avós tios _____
Posição familiar: filho único primogênito temporão do meio caçula adotivo
Transporte: ônibus carona ambulância carro próprio metrô _____
Cadeirante () sim () não /// Passe livre () sim () não /// Aposentado () sim () não
Estuda () sim () não Outras atividades _____
Preferências pessoais _____

ANAMNESE

Tem diagnóstico clínico principal? _____
Médicos _____
Idade da mãe _____ e pai _____ na época do nascimento.
Fez pré-natal () não () sim (Onde?) _____ Ocorrência: _____
Parto: OK demorado pré maturo pos maturo fórceps Hospital _____
Nasceu cianótico: () sim () não // Incubadora/ Internado () não () sim (tempo) _____
Aleitamento materno () Não () Sim _____ tempo
Outros casos deficiências na família? () não () sim _____
Comportamento: calmo nervoso agitado alegre sonolento _____
Automutilação: _____

HISTÓRIA MÉDICA SISTÊMICA:

Alterações sensoriais: visão _____ audição _____ fala _____
Alteração Cognitiva: preservado leve moderada severa _____
Alterações respiratórias: asma rinite sinusite pneumonia _____
Padrão respiratório: nasal bucal traqueostomia _____
Digestivas: refluxo GE diarreia constipação sonda _____
Deglutição/ Mastigação _____
Alterações renais: _____
Alterações hepáticas: _____
Convulsões: () não () sim, controlado com medicação () medicação não controla
Alterações cardiológicas: () não () sim _____
() Hipertensão _____ / _____ () Diabetes _____ () Outras doenças sistêmicas _____
ALERGIAS: () NEGA () SIM _____

() tabagismo () alcoolismo () drogadição _____
Medicações atuais: _____

Internações hospitalares: _____

Outras Considerações importantes: _____

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Queixa Principal? _____ Encaminhado por: _____
Fez tratamento antes? () Não () sim _____
Escovação: sozinho cuidador ambos Quais momentos? _____
Usa fio dental? S N raramente // Pasta dente: com flúor sem flúor
Água que bebe: torneira filtrada garrafa de poço _____
Consistência dos alimentos: normal amassado batido/liquidificador _____
Mamadeira? quantas vezes? _____ conteúdo? _____
Outros alimentos cariogênicos: _____
Hábitos deletérios: () bruxismo () apertamento () onicofagia () outros _____

EXAME CLÍNICO:

Face: normal fácies respirador bucal _____
Lábios: normal hipotônicosqueilite ressecados cianóticos lesão _____
Língua: normal hipertônica hipotônica saburrosa _____
Mucosa bucal: normal outro _____
Gengivas: normal hiperplásica inflamada infeccionada _____
Palato: normal ogival fissurado _____
Oclusão: normal mordida aberta mordida cruzada _____
Outros: _____

AValiação DOS COMPORTAMENTOS NA PRIMEIRA CONSULTA

Grau de colaboração paciente na primeira consulta: _____
Grau de colaboração do acompanhante: _____
Técnica de abordagem utilizada: _____

PLANO DE TRATAMENTO:

() exames complementares: _____
() Instrução de higiene oral: ao paciente / ao cuidador / ambos
() Aplicações flúor: _____
() Raspagem _____
() Adequação do meio _____
() Restaurações dentes _____
() Endodontias _____
() Exodontias _____
() Outros _____

Necessidade de tratamento:

- 1 Ambulatorial: () cadeira odontológica () cadeira de rodas () contenção física
- 2 Anestesia geral

ESTE PLANO DE TRATAMENTO PODERÁ SER MODIFICADO A QUALQUER MOMENTO DE SUA EVOLUÇÃO, COM CONSENTIMENTO DA FAMÍLIA .

Concordo com o plano de tratamento sugerido e assumo os possíveis riscos inerentes aos procedimentos clínicos propostos.

Assinatura responsável: _____ Data: ____/____/____

Data: / /

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação.

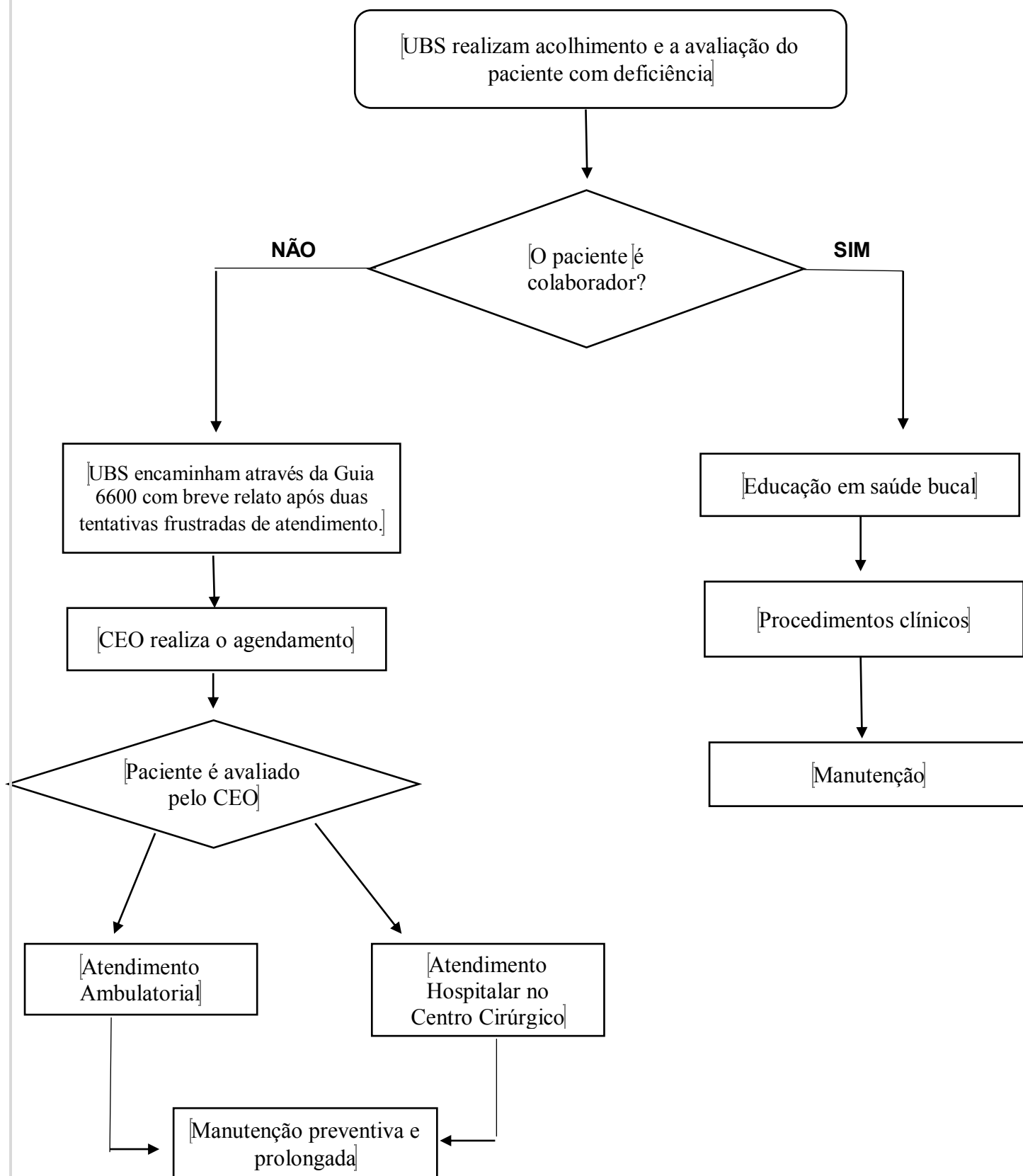
Data / /

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

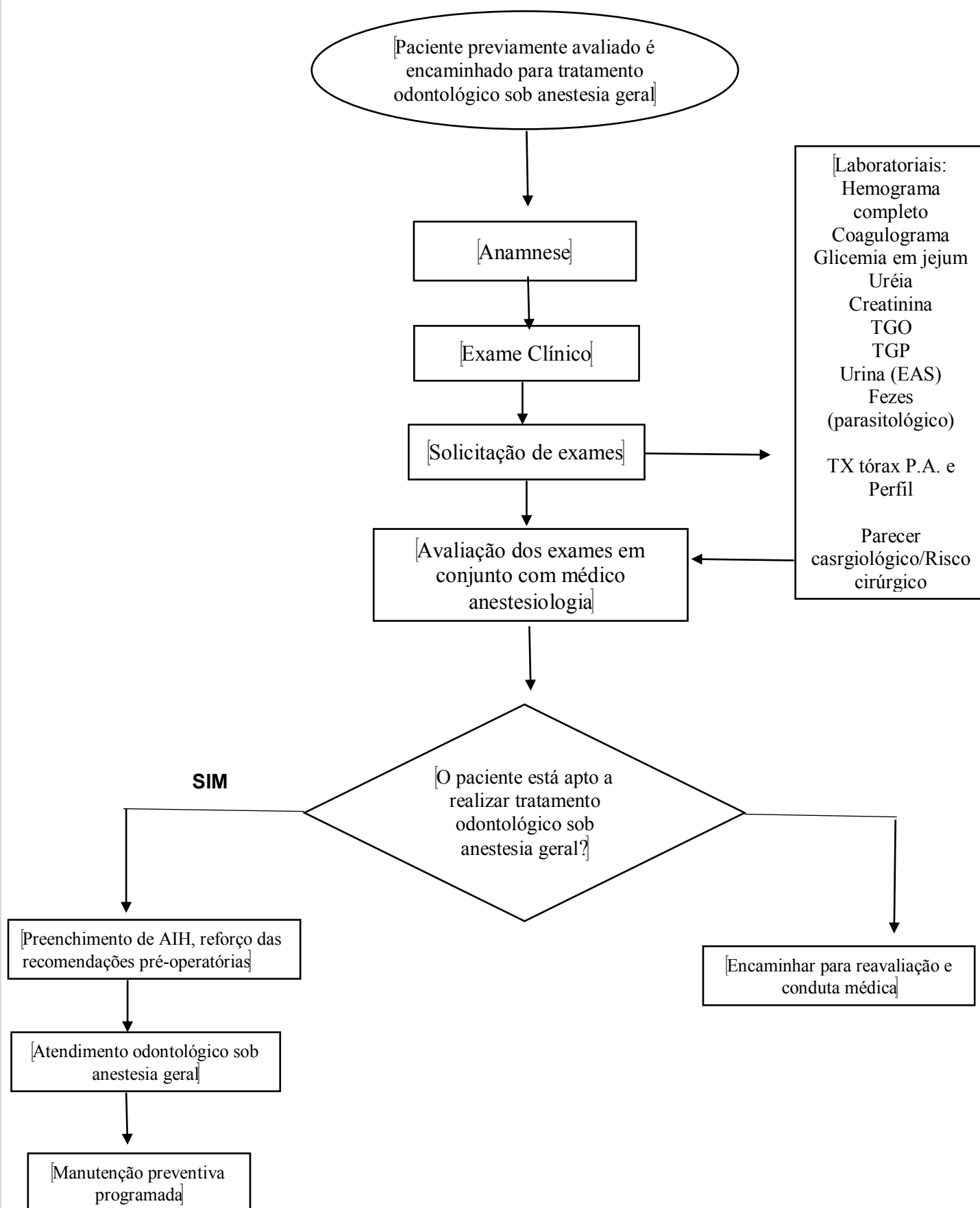
Retornar após _____ meses para reavaliação.

[illegible]

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA NO DF



FLUXOGRAMA PACIENTES ENCAMINHADOS PARA TRATAMENTO SOB ANESTESIA GERAL



C.E.O	Hospital de Referência (Centro-cirurgico)	Áreas de Abrangência
HRAN	HRAN	<ul style="list-style-type: none"> • Asa Norte • Cruzeiro • Octogonal • Varjão • Lago Norte
Paranoá	HRPa	<ul style="list-style-type: none"> • Paranoá • Itapoã • Zona rural
Sobradinho	HRS	1 Sobradinho 2 Sobradinho II 3 Condomínios 4 Zona rural
Planaltina	HRP	<ul style="list-style-type: none"> • Planaltina • Zona rural
HRAS	HRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Asa Sul • Lago Sul • São Sebastião • Sudoeste
DISAT	HRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Candangolândia • Nucleo Bandeirante • Riacho Fundo I • Riacho Fundo II • Recanto das Emas
Guará	HRGu	<ul style="list-style-type: none"> • Guará I • Guará II • Estrutal • Zona rural
Taguatinga – Unimista	HRT	1- Taguatinga 2- Samambaia
Taguatinga – HRT	HRT	<ul style="list-style-type: none"> • Taguatinga • Águas Claras • Arniqueiras • Vicente Pires
Ceilândia – Centro 11	HRC	<ul style="list-style-type: none"> • Ceilândia • Zona rural
Ceilândia – HRC	HRC	<ul style="list-style-type: none"> • Ceilândia • Zona rural
Santa Maria	HRSM	<ul style="list-style-type: none"> • Santa Maria
Gama – Hospital Regional	HRG	<ul style="list-style-type: none"> • Gama
Gama – Centro 08	HRG	<ul style="list-style-type: none"> • Gama
Brazlândia	HRBz	<ul style="list-style-type: none"> • Brazlândia • Zona rural