



Protocolo de Atenção à Saúde

Ortodontia – Atendimento na SES-DF

Área(s): Gerência de Odontologia

Elaborador(es)*: Equipe da Especialidade de Ortodontia

Portaria SES-DF Nº0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Foi realizada busca de dados no MEDLINE e no SCIELO, englobando artigos publicados em língua portuguesa e em língua inglesa. Foram utilizados também trabalhos referenciados em alguns artigos encontrados na busca de dados..

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Epidemiologia e maloclusão (epidemiologyandmalocclusion); prevalência e maloclusão (prevalenceandmalocclusion), apneia obstrutiva do sono e maloclusão (obstructivesleepapneaandmalocclusion), tratamento ortodôntico e fissuras labiopalatinas (orthodontictreatmentandcleftlipandpalate), mantenedores de espaço(spacemaintainer), disjunção de maxila (maxillarydisjunction), cirurgia ortognática (orthognaticsurgery), preparo ortodôntico (orthodonticdecompensation), ortodontia pré-cirúrgica (presurgicalorthodontics).

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram utilizados 13 trabalhos entre artigos, notas técnicas e livros.

Período: 1960à 2012.

2- Introdução

**Os elaboradores preencheram termo de conflito de interesses.*

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as oclusopatias ou maloclusões são o terceiro maior problema odontológico que atinge a população brasileira, perdendo apenas para a cárie e a doença periodontal – problemas já tratados e prevenidos na rotina da saúde pública^[1]. Além disso, devido às ações de políticas públicas em saúde bucal, tais como a fluoretação da água de abastecimento e dos dentifrícios^[2], e ao crescente acesso da população ao atendimento odontológico, observam-se notáveis transformações nos padrões epidemiológicos das doenças e agravos à saúde bucal. O grande declínio da doença cárie fez com que outras morbidades e condições começassem a ganhar importância para a saúde pública^[3, 4].

As oclusopatias constituem-se de anomalias do crescimento e do desenvolvimento dos músculos e ossos da face no período da infância e da adolescência, que podem produzir alterações tanto do ponto de vista estético, quanto do ponto de vista funcional da oclusão^[5]. Conforme o Ministério da Saúde, cerca de 40,7% das crianças, com 12 anos, já apresentam algum tipo de maloclusão^[6].

A oclusão dentária é importante para a manutenção do equilíbrio biológico do indivíduo, sendo indispensável para que sejam realizadas algumas funções essenciais como a mastigação, a respiração e a fonação. O desequilíbrio oclusal pode interferir na qualidade de vida do indivíduo com reflexos negativos no que se refere aos fatores psicossociais, uma vez que um sorriso desarmonioso pode ser motivo de constrangimento para os indivíduos, tanto em seus relacionamentos afetivo-familiares, quanto nos ambientes sociais, de trabalho ou de estudo^[7, 8].

Estudos têm mostrado que o aspecto estético exerce grande influência na integração social dos indivíduos, e as deformidades faciais causam impacto maior que as demais deformidades físicas^[9]. Os indivíduos com sorrisos considerados estéticos são julgados por seus pares como mais inteligentes, além de mais bonitos, quando comparados àqueles que apresentam algum tipo de problema oclusal, principalmente quando existe o mau posicionamento de incisivos^[10]. O constrangimento e o impedimento social podem ainda ser agravados pela halitose, frequente em pacientes cuja maloclusão favorece o acúmulo de placa bacteriana, responsável pela emissão de odores desagradáveis provenientes da liberação de compostos voláteis de enxofre^[11].

Ademais, existe uma forte relação entre maloclusão e acúmulo de placa. Assim, a dificuldade gerada pelo mau posicionamento dos dentes para a remoção mecânica da placa favorece o surgimento da cárie e da doença periodontal^[12]. Alguns relatos na literatura indicam que pessoas com doença periodontal são duas vezes mais suscetíveis a doenças cardíacas que àquelas com gengivas saudáveis. Uma explicação para essa associação é que as bactérias que causam periodontite são

também responsáveis pelo espessamento da parede dos vasos sanguíneos comumente observados em indivíduos com doenças cardíacas^[13].

As deformidades faciais ou maloclusões incapacitantes necessitam de intervenção, uma vez que esses desvios, se não tratados, podem se perpetuar na dentição mista e, por fim, na dentição permanente, e causar importantes alterações funcionais na fala, na respiração e na mastigação do paciente adulto^[5].

3- Justificativa

Baseado na cobertura universal e na diminuição de riscos de doenças e agravos, o SUS, através da Portaria nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, incorporou os procedimentos ortodônticos na relação de serviços oferecidos com o intuito de ampliar a oferta de tratamentos ortodônticos, antes restritos a pacientes com anomalias cranianas e bucomaxilofaciais e com cirurgia ortognática indicada^[6].

Em conjunto a essas ações, também se faz necessária a disponibilidade de tratamento ortodôntico a pacientes portadores de deformidades faciais e de fissuras labiopalatais, pois são problemas com grande impacto na saúde do indivíduo devido ao comprometimento mais grave de funções básicas do sistema estomatognático como mastigação, deglutição e fonação, as quais contribuem para diminuir a saúde do indivíduo. Além disso, é a forma do SUS assegurar o direito à saúde, previsto em seu arcabouço legal.

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

K07.0 – ANOMALIAS IMPORTANTES DO TAMANHO DA MANDÍBULA

K07.1 – ANOMALIAS DA RELAÇÃO ENTRE A MANDÍBULA COM A BASE DO CRÂNIO

K07.2 – ANOMALIAS DA RELAÇÃO ENTRE AS ARCADAS DENTÁRIAS

K07.3 – ANOMALIAS DA POSIÇÃO DOS DENTES

K07.4 – MALOCLUSÃO

Q3 – FENDA DO PALATO

Q36 – FENDA LABIAL

Q37 – FENDA DO PALATO DURO COM FENDA LABIAL

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

- *Pacientes portadores de deformidades dentofaciais*

O diagnóstico será realizado de acordo com as avaliações clínicas e análise de exames complementares como: radiografia panorâmica, radiografias periapicais, telerradiografia lateral, telerradiografia pósterio-anterior, modelos de gesso e tomografia computadorizada. Os exames por imagem citados estão disponíveis na rede e a confecção dos modelos de gesso será feita pelo cirurgião-dentista ou pelo técnico em saúde bucal. Presença de deformidade facial é caracterizada por alterações entre as bases ósseas da face e/ou alterações destas para com a base do crânio.

- *Pacientes portadores de fissuras labiopalatais*

O diagnóstico é clínico e feito em consulta odontológica ambulatorial mediante a constatação da presença de fenda labial, fenda palatina ou fenda labiopalatina com comprometimento do desenvolvimento da oclusão e/ou das bases ósseas.

6- Critérios de Inclusão

- a. Pacientes portadores de deformidades dentofaciais
- b. Pacientes portadores de fissuras labiopalatinas cuja maloclusão seja causada por fendas labiais, fendas palatinas e/ou fendas labiopalatinas.

7- Critérios de Exclusão

Gerais:

Não poderão iniciar o tratamento ortodôntico em qualquer das três áreas, pacientes que apresentarem qualquer das condições abaixo relacionadas:

- doença cárie em atividade;
- lesões de cárie não restauradas;
- destruições coronárias extensas sem reabilitação protética realizada;
- doença periodontal em atividade;
- restos radiculares;
- patologias de origem endodôntica não tratadas;
- falta de cooperação quanto à higiene bucal ao tratamento, e à assiduidade.

Específicos:

- a. *Pacientes portadores de anomalias dentofaciais*
 - Contraindicações para realização de cirurgias sob anestesia geral;

- pacientes em crescimento que não tenham indicações de intervenções cirúrgicas precoces para correção de distúrbios de crescimento dos ossos da face;
- pacientes nos quais não haja necessidade da realização de cirurgia ortognática para correção das discrepâncias esqueléticas;
- pacientes com alterações comportamentais diagnosticadas por psicólogo ou psiquiatra que contraindiquem o tratamento ou que prejudique na colaboração com o tratamento.

b. Pacientes portadores fissuras labiopalatais

- Pacientes cuja maloclusão não tenha sido causada pela fenda labiopalatina;
- pacientes que apresentem quaisquer condições citados nos critérios gerais de exclusão

8- Conduta

A disponibilização do tratamento ortodôntico será realizada nas áreas de acordo como o que segue:

a. Pacientes portadores de deformidades dentofaciais

O tratamento ortodôntico dos pacientes portadores de deformidades dentofaciais será realizado no Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF. Esta unidade de atendimento já conta com serviço de cirurgia bucomaxilofacial, que é necessário para realização das cirurgias de correções das bases ósseas, bem como dos demais procedimentos cirúrgicos auxiliares. Além disso, as cirurgias ortognáticas estão inseridas no contexto do programa de residência em cirurgia bucomaxilofacial, sendo parte necessária do treinamento desses profissionais, o que possibilita a sua integração com o ensino e a pesquisa.

Os pacientes encaminhados serão agendados para a primeira consulta com o especialista em ortodontia, que realizará o exame clínico, esclarecerá as dúvidas do paciente a respeito do tratamento ortocirúrgico e solicitará os exames complementares necessários ao diagnóstico e planejamento do caso. Uma vez realizado o planejamento ortodôntico inicial, o paciente será encaminhado para consulta com o cirurgião bucomaxilofacial, a fim de realizar

o exame clínico no paciente, bem como apreciar o planejamento ortodôntico inicialmente realizado. É fundamental que nesta etapa o cirurgião bucomaxilofacial faça as sugestões de alterações no planejamento que achar necessárias para que o melhor resultado possível possa ser obtido.

Após a definição do planejamento, será dado início à montagem e/ou confecção dos dispositivos ortodônticos prescritos de acordo com o plano de tratamento que foi determinado. O tratamento ortodôntico pré-cirúrgico será então conduzido pelo ortodontista, podendo este referenciar o paciente ao cirurgião bucomaxilofacial, sempre que houver necessidade em função da etapa do tratamento. Após o término do preparo ortodôntico, o paciente será encaminhado ao cirurgião bucomaxilofacial para que este execute o planejamento e o procedimento cirúrgico para correção das bases ósseas.

Aproximadamente 30 dias após a realização do procedimento cirúrgico, o paciente irá retornar ao ortodontista para realizar a finalização do tratamento ortodôntico, bem como iniciar terapia fonoaudiológica, se necessário.

Quando os aparelhos ortodônticos fixos forem removidos ao término do tratamento, serão instalados os aparelhos de contenção de acordo com as especificidades do caso.

b. Pacientes portadores de fissuras labiopalatais

O tratamento de pacientes com fissuras labiopalatais é complexo por exigir uma equipe multidisciplinar integrada e demandar um longo tempo de tratamento, pois normalmente esses pacientes necessitam de sucessivas intervenções ortodônticas em diferentes estágios de seus desenvolvimento. O tratamento ortodôntico nesses pacientes é indispensável e fundamental para o restabelecimento da saúde e é realizado através procedimentos preventivos e interceptativos durante a fase de dentição decídua e mista, e requer, quase que na totalidade dos casos, a fase de tratamento corretivo com aparelho ortodôntico fixo. O Hospital Regional da Asa Norte - HRAN - já realiza o tratamento de pacientes fissurados em diversas áreas e terá maior participação da odontologia, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos de ortodontia, pois os atendimentos na odontopediatria e na cirurgia bucomaxilofacial já são realizados.

Esses pacientes receberão o atendimento ortodôntico conforme as suas necessidades e a sua idade. Portanto, receberão tratamentodesde recém-nascidos até a fase adulta.

Os bebês com fissuras labiais e/ou palatais serão atendidos na clínica de ortodontia do ambulatório do HRAN para a instalação de placas removíveis, que são recomendadas para favorecer a realização da primeira cirurgia plástica. Essas placas reposicionam e modelam os tecidos moles da região nasal e labialdo bebê, além de posicionar melhor a língua, que normalmente fica entre os ossos palatinos, e desfavorece o fechamento da fissura palatal. A placa também auxilia na amamentação e na melhora da respiração do bebê, pois serve de barreira entre as cavidades nasal e bucal.

Uma vez que o paciente com fissura labiopalatal apresente alguma alteração oclusal que possa ser prevenida ou amenizada antes de atingida a maturidade psicológica da criança, o paciente será atendido com procedimentos de ortodontia preventiva, que consistem na orientação dos responsáveis até que o pequeno paciente possa ser submetido aos procedimentos da ortodontia interceptativa.

Em idade mais avançada, quando as crianças já apresentam maturidade psicológica para serem submetidas aos procedimentos ortodônticos, será instituído o tratamento interceptativo. Dentre as necessidades mais comuns nos pacientes com fissuras labiopalatais, está a manutenção de espaço com mantenedor do tipo banda-alça, botão de Nance ou arco lingual; e a disjunção não cirúrgica da maxila com disjuntor dos tipos HyraxouHaas. Porém, o paciente também poderá apresentar necessidade de tratamento com disjuntor combinado a outros dispositivos ortodônticos como no:

Paciente com deficiência de maxila e/ou protrusão mandibular (Classe III): necessita de tratamento com máscara facial associada ao disjuntor maxilar com ganchos.

Paciente com deficiência de mandíbula e/ou protrusão de maxila(Classe II): necessita do uso do arco extrabucal (AEB) conjugado ou *splint*, placa labioativa ou pendex, nos casos de necessidade de distalização de molar.

A ocorrência de mordida aberta anterior em conjunto com as maloclusões citadas anteriormente, será tratada com grade palatina fixa e a ocorrência de apinhamento ou malposições dentárias, que necessitarão a utilização de bráquetes. Caso o paciente apresente algum hábito bucal indesejável como sucção digital, de chupeta, de objeto ou de lábio, esse também será tratado.

Em alguns casos, devido aos defeitos no osso alveolar e/ou agenesia na região de pré-maxila, os pacientes com fissuras labiopalatais poderão necessitar de enxerto ósseo alveolar para que sejam realizados pequenos movimentos dentários com o uso dos bráquetes em dentes anteriores. Os enxertos serão realizados no centro cirúrgico do HRAN pela equipe de cirurgia bucomaxilofacial.

Após a troca dos dentes decíduos, esses pacientes têm probabilidade de necessitar de tratamento ortodôntico corretivo para melhor posicionamento dos dentes em suas respectivas bases ósseas, porém, muitas vezes, a maloclusão poderá estar associada a alguma deformidade facial. Portanto, nos casos de deformidades dentofaciais - desarmonias entre as bases ósseas, mordida aberta esquelética, assimetrias - haverá necessidade de tratamento ortocirúrgico a ser realizado em conjunto pela equipe de ortodontia e de cirurgia bucomaxilofacial do HRAN, para que os problemas dentários e esqueléticos sejam tratados adequadamente.

Ao fim do tratamento ortodôntico corretivo, o paciente usará aparelho ortodôntico removível na arcada superior e uma contenção 3x3 fixa na inferior. Em pacientes com fissuras labiopalatais é bastante comum a ausência de germe dentário na região anterior, portanto, nesses casos, os mantenedores de espaço terão dentes de estoque para preencher o espaço de dente(s) faltante(s) até que possa ser reabilitado definitivamente.

Além desses tratamentos, o paciente com fissura labiopalatal poderá necessitar de placa obturadora quando há persistência da fissura palatal ou quando há dificuldade de normalização da fala, devido à vibração dos tecidos moles do palato.

8.1 Conduta Preventiva

A prevenção de cárie e doença periodontal por meio da orientação de higiene, escovação supervisionada e informação à comunidade sobre a importância da higiene bucal constitui a mais importante e acessível forma de prevenir o desenvolvimento de uma maloclusão. Dessa forma, as atividades de prevenção de cárie deverão ser realizadas pelos dentistas das unidades básicas em todos o público atendido pela unidade com especial atenção aos pacientes portadores de dispositivos ortodônticos, dado o aumento de acúmulo de placa provocado pelos dispositivos ortodônticos.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento envolverá o uso de dispositivos ortodônticos e/ou ortopédicos faciais fixos ou removíveis com o objetivo de realizar movimentações dentárias ou restabelecer o desenvolvimento normal da oclusão e do crescimento e desenvolvimento craniofacial. Os dispositivos utilizados são:

- Aparelho fixo *edgewise standard* ou *straightwire*
- Barra transpalatina
- Arco lingual
- Placa removível para pequenos movimentos
- Grade palatina fixa
- Arco lingual com esporões
- Mantenedor de espaço
- Arco facial
- Máscara facial
- Disjuntor de maxila
- Aparelhos ortopédicos funcionais
- Quadrihélice
- Disjuntor de Haas
- Disjuntor tipo HYRAX

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

8.4 Benefícios Esperados

A realização de tratamentos de alta complexidade em pacientes portadores de deformidades faciais e fendas labiopalatinas, melhorará a sua qualidade de vida por restabelecer as funções do aparelho mastigatório e propiciar ganho estético sempre que possível.

9- Monitorização

A monitorização dos tratamentos será feita mediante acompanhamento clínico e radiográfico das alterações dentárias e ortopédicas a serem provocadas pelo tratamento ortodôntico. A frequência da realização de exames complementares para avaliação do tratamento pode variar de acordo com o caso e com a idade do paciente.

Os pacientes em tratamento com ortodontia fixa corretiva deverão realizar radiografias periapicais de incisivos a cada seis meses e no mínimo uma radiografia panorâmica a cada ano

Os pacientes em tratamento de ortodontia preventiva e interceptativa terão as necessidades de solicitação de exames variando de acordo com a idade dentária, podendo variar de uma a cada ano ou a cada dois anos, dependendo dos indicadores de desenvolvimento da oclusão.

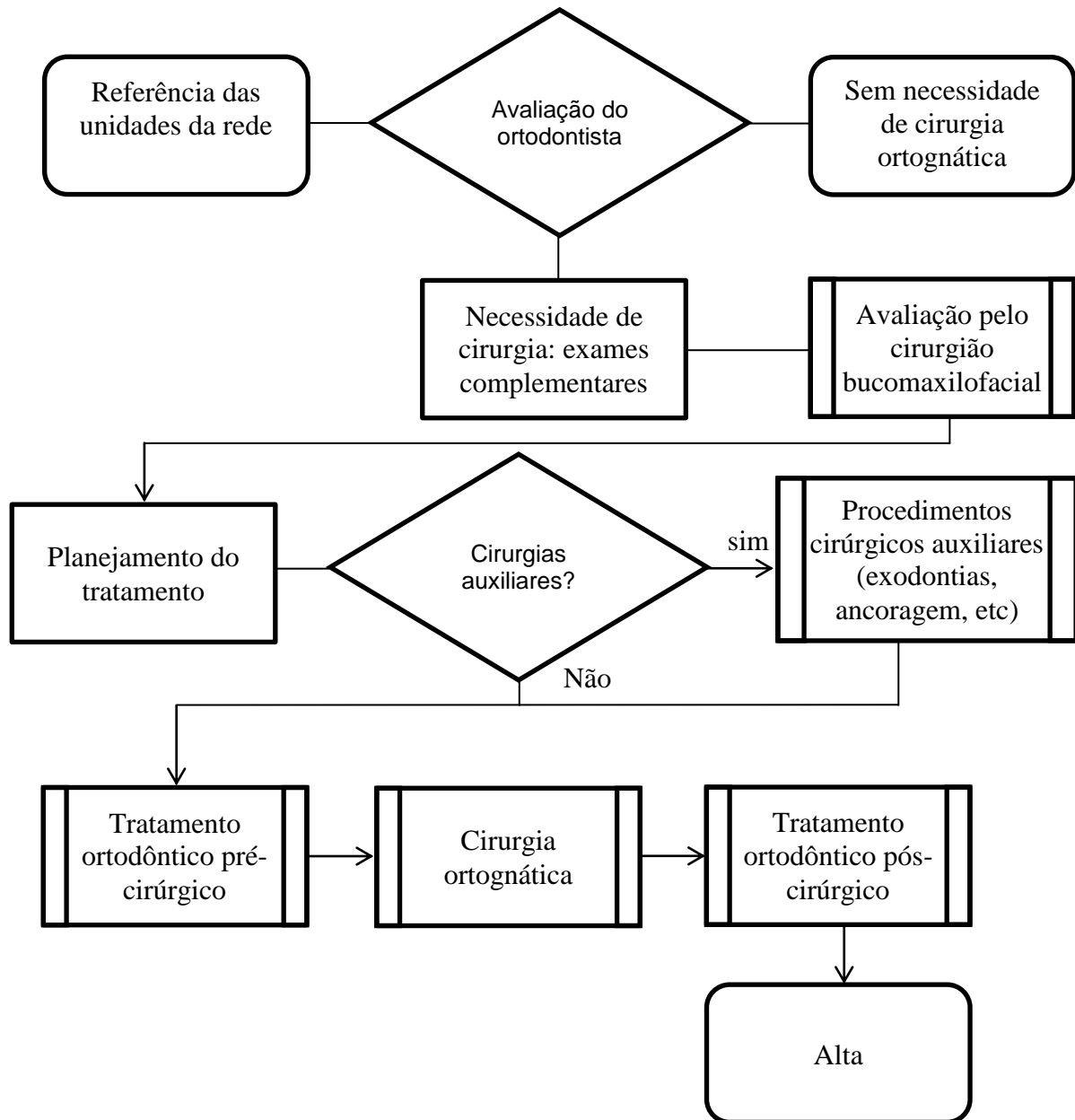
10- Acompanhamento Pós-tratamento

O acompanhamento pós-tratamento será semestral ou anual conforme cada paciente tratado:

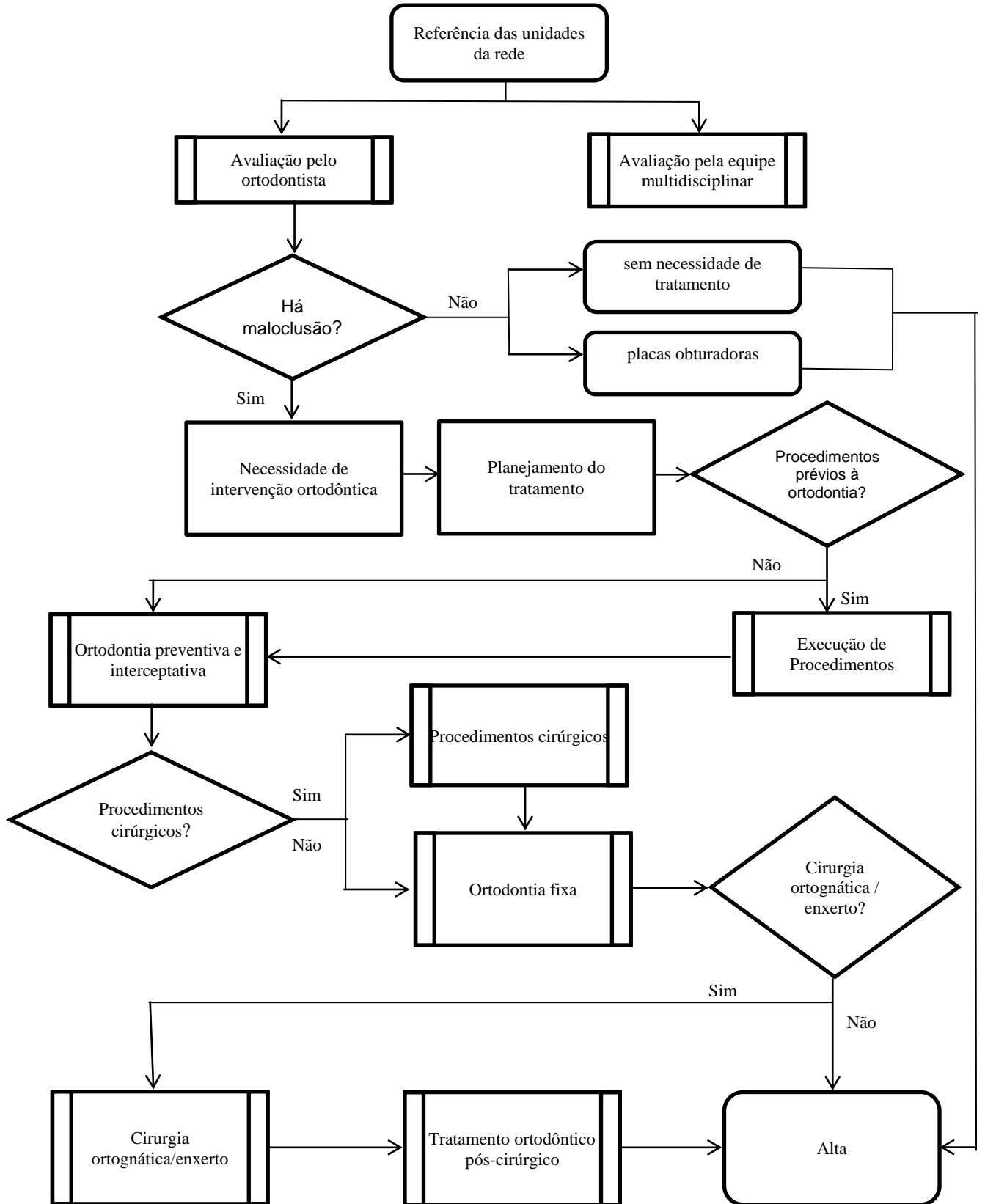
- a) Pacientes em crescimento, que estejam em fase de dentição mista serão acompanhados semestralmente até que seja observada a erupção de pré-molares e caninos permanentes.
- b) Após a conclusão do tratamento ortodôntico corretivo, as consultas pós-tratamento (chamadas de consultas de contenção) seguirão o seguinte cronograma aproximado:
 - i. 30 dias após a instalação dos aparelhos de contenção;
 - ii. 90 dias após a consulta anterior;
 - iii. 180 dias após a consulta anterior;
 - iv. 365 dias após a consulta anterior;
 - v. a cada 5 anos.

11- Fluxograma

Pacientes portadores de deformidades dentofaciais



Pacientes portadores de fissuras labiopalatais



12- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação, controle e avaliação serão realizadas através dos dados coletados em cada unidade de saúde da SES-DF, de forma mensal.

13- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Um tratamento ortodôntico de sucesso é o resultado de uma boa relação entre o ortodontista e o paciente. O ortodontista e sua equipe se dedicam a alcançar o melhor resultado possível para cada paciente. Em geral, aqueles pacientes que estão informados e são cooperadores podem obter resultados positivos. Com a Ortodontia pode-se obter belos sorrisos. No entanto, para tal, como acontece em todas as áreas de saúde, existem riscos e limitações.

Raramente eles são graves o suficiente para contraindicar o tratamento. No entanto, todos os pacientes devem considerar seriamente a opção de não realizar qualquer tratamento ortodôntico, ficando com sua condição bucal atual. As alternativas são diferentes de acordo como problema específico de cada pessoa, e soluções protéticas ou um tratamento ortodôntico limitado podem ser considerados. Recomendamos que você pergunte ao ortodontista a respeito das alternativas disponíveis antes de iniciar um tratamento.

Resultados do Tratamento:

Geralmente, o tratamento ortodôntico é desenvolvido conforme o planejado, e tentamos fazer o possível para alcançar os melhores resultados para cada paciente. No entanto, não se pode garantir que você estará completamente satisfeito com os resultados, nem podemos prever todas as complicações ou consequências. O sucesso do tratamento depende de sua colaboração ao cumprir com o compromisso, mantendo uma boa higiene bucal, evitando perda ou a quebra do aparelho, e seguindo cuidadosamente as instruções do Ortodontista.

Duração do Tratamento:

A duração do tratamento depende de vários fatores, incluindo a gravidade do problema, o crescimento do paciente e o nível de cooperação deste.

Geralmente, o tempo real de tratamento coincide com o tempo estimado de duração do mesmo, embora isto possa ser estendido se por exemplo, ocorre um crescimento imprevisto ou se houver hábito que afete as estruturas dentofaciais, se houver problemas periodontais ou de outro tipo ou se o paciente não cooperar o suficiente. Portanto, pode ser necessário realizar alterações no plano de tratamento original.

Desconforto:

A boca é muito sensível e, portanto, pode haver um período de adaptação durante o qual haverá desconforto causado pelo aparelho ortodôntico. Durante este período de adaptação, poderá ser utilizado um analgésico.

Recidiva:

Um tratamento ortodôntico concluído não garante dentes perfeitamente retos para o resto de sua vida. Contensores serão necessários para manter os dentes em suas novas posições como resultado do tratamento ortodôntico. Você deve usar os contensores como indicado. Caso contrário, seus dentes podem mover, e ocorrer efeitos adversos adicionais. É necessária a utilização de contensores durante vários anos após o tratamento ortodôntico concluído. No entanto, as mudanças podem ocorrer após este tempo devido a causas naturais, incluindo hábitos, como deglutição atípica, respiração bucal, crescimento e

maturação que continua ao longo de toda a vida. Com o tempo, a maioria das pessoas vai ver que seus dentes se moverão. É possível que algumas irregularidades menores, em particular nos dentes anteriores inferiores, terão de ser aceitas. Algumas modificações podem exigir tratamento ortodôntico adicional ou, em alguns casos, a cirurgia. Algumas situações podem exigir contensores não removíveis ou outros aparelhos odontológicos feitos pelo seu dentista clínico geral.

Extrações:

Alguns casos, exigirão a remoção de dentes temporários (de leite) ou permanentes. Existem riscos adicionais associados com a remoção de dentes que você deve conversar com seu dentista ou cirurgião-dentista antes do procedimento.

Cirurgia Ortognática: Alguns pacientes apresentam desarmonias esqueléticas significativas que necessitam de tratamento ortodôntico combinado com cirurgia ortognática (dentofacial). Existem riscos adicionais relacionados a esta cirurgia, que você deve discutir com seu cirurgião buco-maxilo-facial, antes de iniciar o tratamento ortodôntico. Por favor, saiba que muitas vezes deve ser realizado um tratamento ortodôntico prévio, para alinhar os dentes dentro das arcas dentárias individualmente antes da cirurgia ortognática. Deste modo, é possível que os pacientes que interromperem o tratamento ortodôntico sem realizar os procedimentos cirúrgicos planejados tenham uma maloclusão pior do que quando iniciou o tratamento.

Descalcificação e Cárie:

Uma excelente higiene bucal é essencial durante o tratamento ortodôntico, bem como, visitas regulares ao seu dentista clínico geral. A higiene inadequada ou incorreta pode resultar em cárie, dentes manchados, doença periodontal e/ou descalcificação. Estes mesmos problemas podem ocorrer sem tratamento ortodôntico, mas o risco é maior para uma pessoa que usa acessórios ortodônticos ou outros aparelhos. Tais problemas podem ser agravados se o paciente não teve o benefício da água fluoretada ou seu substituto, ou se o paciente consome bebidas ou alimentos açucarados.

Reabsorção Radicular:

As raízes dos dentes de alguns pacientes encurtam (reabsorvem) durante o tratamento ortodôntico. Ninguém sabe a causa exata da reabsorção, nem pode prever quais pacientes irão experimentá-la. No entanto, muitos pacientes, apesar de terem dentes com suas raízes severamente encurtadas, os mantêm na boca por toda a vida. Se a reabsorção é detectada durante o tratamento ortodôntico, é possível que o ortodontista recomende uma pausa no tratamento ou a remoção do aparelho antes de concluir o tratamento ortodôntico.

Lesão do Nervo:

Dentes que sofreram trauma devido a um acidente ou a lesão de cárie profunda podem apresentar lesão do nervo. É possível, em alguns casos, que a movimentação ortodôntica agrave esta situação. Em alguns casos, pode ser necessário realizar tratamento endodôntico (tratamento de canal). Em casos graves, pode ocorrer a perda do dente.

Doença Periodontal:

A doença periodontal (gengiva ou osso) pode desenvolver ou piorar durante o tratamento ortodôntico devido a muitos fatores, mas o que ocorre com maior frequência é devido à falta de higiene bucal adequada. Um dentista clínico geral ou se indicado, um periodontista devem monitorar a saúde periodontal do paciente a cada três ou seis meses, durante o tratamento ortodôntico. Se os problemas periodontais não puderem ser controlados, é possível que o tratamento ortodôntico tenha que ser interrompido antes da conclusão.

Lesões Causadas por Aparelhos Ortodônticos:

Devem ser evitadas as atividades ou alimentos que possam danificar, afrouxar ou descolar o aparelho ortodôntico. Os aparelhos ortodônticos descolados ou danificados podem ser

inalados ou ingeridos ou causar outros danos ao paciente. Você deve informar o seu ortodontista sobre qualquer sinal incomum ou sobre qualquer aparelho solto ou quebrado quando perceber. Você pode danificar o esmalte do dente ou uma restauração (coroa, resina, verniz, etc) ao remover o aparelho ortodôntico. Se um dente ou uma restauração for danificada, será necessário que seu dentista restaure o mesmo.

Arcos Faciais:

Arcos faciais podem lesionar o paciente, tais como: lesões no rosto e nos olhos. No caso de lesões ou especialmente uma lesão nos olhos, mesmo que pequena, deverá procurar ajuda médica imediatamente. Evite o uso do arco facial em situações onde exista qualquer possibilidade de se deslocar ou ser arrancado. Atividades esportivas e jogos devem ser evitados quando se utiliza arco facial.

Disfunção da Articulação Temporomandibular:

Podem ocorrer problemas nas articulações mandibulares, por exemplo, as articulações temporomandibulares causando dor, dores de cabeça ou problemas de ouvido. Existem muitos fatores que podem afetar a saúde das articulações temporomandibulares, incluindo traumas no passado (golpes na face ou na cabeça), artrite, fatores hereditários com predisposição para as articulações temporomandibulares, desgastar (ranger) ou apertar excessivamente os dentes, desequilíbrio oclusal e vários transtornos médicos. Dificilmente é possível determinar com exatidão a causa dos problemas articulares. Qualquer sintoma nas articulações temporomandibulares, incluindo dor, estalido (click) na mandíbula ou dificuldade na abertura e fechamento bucal, devese informar imediatamente o ortodontista. Talvez seja necessário um tratamento com outros especialistas médicos ou dentistas.

Dentes Impactados, anquilosados e não erupcionados:

Os dentes podem impactar (permanecem inclusos debaixo do osso gengival), anquilosarem (soldados ao osso) ou não erupcionarem. Muitas vezes, essas situações ocorrem, sem motivo aparente, geralmente, não podem ser previstas. O tratamento de tais condições depende de circunstâncias particulares, bem como a importância do dente envolvido, e pode ser necessária a sua remoção, a exposição cirúrgica, o transplante cirúrgico ou substituição protética.

Ajuste Oclusal:

Podem haver mínimas imperfeições na maneira como os dentes se tocam após o término do tratamento. Talvez seja necessário um procedimento de equilíbrio oclusal, método de desgaste utilizado para melhorar a oclusão. Além disso, pode ser necessário remover uma pequena quantidade de esmalte entre os dentes, o que é conseguido por "aplainar" das superfícies a fim de reduzir a possibilidade de recidiva.

Resultados Não Ideais:

Devido a uma grande variação no tamanho e forma dos dentes, dentes ausentes, etc., é possível que não se possa atingir um resultado ideal (por exemplo: fechamento completo de um espaço). É possível indicar um tratamento com restauração dental, tal como, adesivas estéticas, coroas ou pontes ou tratamento periodontal. Recomendamos perguntar a seu ortodontista e dentista sobre a melhor opção.

Terceiros Molares:

Quando os terceiros molares (dentes do siso) se desenvolvem é possível ocorrer mudanças no alinhamento de seus dentes. Seu dentista e/ou ortodontista deverá monitorar para ver se será necessário extrair os terceiros molares e, em caso afirmativo, quando.

Alergias:

Ocasionalmente, alguns pacientes podem apresentar-se alérgicos a alguns dos materiais que compõem os aparelhos ortodônticos. Isto pode exigir mudanças no plano de tratamento ou

a interrupção do tratamento antes da conclusão. Apesar de muito raro, pode ser necessário um tratamento médico das alergias ao material dentário.

Problemas Gerais de Saúde:

Os problemas de saúde geral como a doença óssea, sangue ou doenças endócrinas, bem como, muitos medicamentos de prescrição ou de venda livre podem afetar o tratamento ortodôntico. É importante que você informe o seu ortodontista qualquer alteração na sua saúde geral.

A Utilização de Derivados do Tabaco:

Tem sido demonstrado que fumar ou mastigar o tabaco aumenta o risco de doença da gengiva e interfere na cicatrização depois de cirurgia oral. Usuários de tabaco também são mais propensos ao câncer bucal e a recessão gengival, e o movimento dos dentes fica mais lento durante o tratamento ortodôntico. Se você consumir tabaco, você deve considerar a possibilidade de um resultado ortodôntico comprometido.

Ferramentas Acessórias de Ancoragem Temporária:

O tratamento pode necessitar da utilização de uma ferramenta ou ferramentas acessórias de ancoragem temporária (ou seja, miniimplantes de metal e/ou de miniplacas fixadas ao osso). Existem riscos específicos relacionados a eles.

Pode ocorrer de o miniimplante ou miniimplante se afrouxarem, o que requer sua remoção e possívelmente reinserção em outro local ou que seja substituído por um miniimplante maior. O miniimplante e o material adjacente poderão ser engolidos acidentalmente. Se o material da ancoragem não pode ser estabilizado por um tempo adequado, poderá ser necessário um plano de tratamento alternativo.

É possível que o tecido localizado em torno do miniimplante ou da placa se inflame ou se infecte ou que o tecido mole cresça cobrindo o acessório, o que requer sua retirada, ou uma incisão cirúrgica do tecido, e/ou utilização de antibióticos ou enxaguatórios antimicrobianos.

É possível ocorrer uma fratura do miniimplante (durante a inserção ou na remoção). Se isso acontecer, o pedaço quebrado pode ser deixado em sua boca ou removido cirurgicamente. Para tal, pode ser necessário encaminhamento para outro especialista dental.

Quando se insere a ferramenta ou as ferramentas acessórias, é possível atingir a raiz de um dente, um nervo ou perfurar o seio maxilar. Geralmente estes problemas não são significantes; no entanto, pode ser necessário tratamento dentário ou médico adicional.

A anestesia local usada para inserir ou remover esses dispositivos também tem riscos. Recomendamos que você diga ao profissional que vai colocá-lo o acessório se você teve problemas com anestésias dentárias no passado.

Se acontecer qualquer uma das complicações mencionadas acima, será necessário um retorno ao seu dentista da família ou outro especialista odontológico ou médico para um tratamento adicional.

Reconhecimento:

Pelo presente, reconheço que li e entendi completamente as considerações sobre o tratamento de _____,

_____, que tem como responsável

_____, bem como os riscos apresentados que estão contidos neste formulário. Eu também entendo que pode haver outros problemas que ocorrem com menos frequência que aqueles apresentados, e que os resultados reais podem ser diferentes daqueles previstos. Eu reconheço também que conversei sobre este formulário como ortodontista que assinou e tive a oportunidade de fazer pergunta a ele. Me solicitaram que fizesse uma escolha sobre o meu tratamento. Venho por meio deste dar o meu consentimento para o tratamento proposto e autorizar, ou ortodontistas abaixo a realizar o tratamento. Também autorizar os ortodontistas, a fornecerem informações sobre o meu estado de saúde para os outros profissionais que irão participar do meu tratamento.

Assinatura do paciente / Pais/ Responsável Data

Assinatura do Ortodontista/ Nome do Grupo Data

Eu tenho a autoridade legal para assinar este formulário em nome do:

Nome do Paciente

Relação com o Paciente

14- Referências Bibliográficas

1. MARQUES, L.S., *Prevalência da maloclusão e necessidade de tratamento em escolares de 10 à 14 anos de idade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: enfoque psicossocial*. Cad. Saúde Pública, 2005. 21(4): p. 1099-1106.
2. Ministério_da_Saúde, *Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, ed. M.d. Saúde. 2009: Ministério da Saúde.
3. *Health Through Oral Health: Guidelines for Planning and Monitoring for Oral Health Care.*, W.H. ORGANIZATION, Editor. 1989.
4. GUZZO, S.C., *Ortodontia preventiva e interceptativa na rede de atenção obásica do SUS: perspectiva dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2012.
5. SIMÕES, W.A., *Prevenção das oclusopatias*. 1978.
6. Ministério_da_Saúde, *Portaria SAS 718: nota técnica.*, C.G.d.S. Bucal, Editor. 2010.
7. DRAKER, H.L., *Handicapping labio-lingual deviations: a proposed index for public health purposes*. Am. J. Orthod., 1960. 46(4): p. 295-305.
8. SCHINESTOCK, P.S., A.R., *A importância do tratamento precoce da má-oclusão dentária para o equilíbrio orgânico e postural*. J. Bras. Ortodontia Ortop. Maxilar, 1998. 3(13).
9. PERES, K.G.T., E. S. A; MARCENES, W. , *Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias*. Rev Saúde Pública, 2002. 36(2): p. 230-6.
10. Baldwin, D.C., *Appearance and aesthetics in oral health*. Community Dent Oral Epidemiol, 1980. 8(5): p. 244-56.
11. Albuquerque, J., et al., *A importância do cirurgião na prevenção diagnóstico e tratamento* Odontologia Clínica e Científica, 2004. 3(3): p. 57-63.
12. Zachrisson, B.U. and L. Alnaes, *Periodontal condition in orthodontically treated and untreated individuals. I. Loss of attachment, gingival pocket depth and clinical crown height*. Angle Orthod, 1973. 43(4): p. 402-11.
13. Almeida, R.F.P., M. M.; ,Lima, C.; Faria, I.; Santos, P.; Borlalo, C., *Associação entre Doença Periodontal e Patologias Sistêmicas*. Revista Portuguesa de Clinica Geral, 2006(22): p. 379-390.