



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Atendimento Odontológico às Pessoas com Deficiência

Área(s): Odontologia.

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

1. Metodologia de Busca da Literatura

1. Bases de dados consultadas

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

2. Palavra(s) chaves(s)

Deficiência, manejo do comportamento e déficit comportamental, necessidades especiais, saúde bucal, Odontologia.

3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 1966 a 2021, totalizando 47 textos.

2. Introdução

Na odontologia, é considerado paciente com necessidades especiais (PNE) toda pessoa que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.¹ As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias e defeitos congênitos, até alterações que ocorrem durante a vida, como as condições sistêmicas, as alterações comportamentais, a

gestação, o envelhecimento e a privação de liberdade.² Este conceito é amplo, abrangendo também as pessoas com deficiência.^{1,3-4}

A pessoa com deficiência (PcD) é aquela que tem impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, de acordo com o artigo 2º da Lei Federal nº 13.146/2015, que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Sendo assim, os impedimentos físicos, mentais, intelectuais e sensoriais são tidos como inerentes à diversidade humana e vão além de critérios estritamente médicos. Deficiência é o resultado da interação destes impedimentos com as barreiras sociais e com a consequente dificuldade de inserção social do indivíduo.⁵

O Distrito Federal (DF) tinha, em 2010, segundo o Censo Demográfico, 573.805 pessoas com deficiência, o que correspondia a 22,33% da população total. A região administrativa com maior número de pessoas com deficiência é a Ceilândia, com 94.691 pessoas (23,92% da população), seguida de Taguatinga, com 51.157 pessoas (24,25%) e Samambaia, com 48.565 pessoas (24,52%). A Candangolândia é a região administrativa com o menor número de pessoas com deficiência, sendo 3.466 pessoas (21,77%). As mulheres são maioria entre as pessoas com deficiência, exceto entre as pessoas com deficiência mental/intelectual. Da população feminina do DF, 24,82% apresentam alguma deficiência. Entre os homens, esse percentual é de 19,60%. Dentre as deficiências, a que aparece em maior proporção no DF é a deficiência visual (63,71%), seguida de deficiência motora (18,02%), auditiva (14,41%) e mental/intelectual (3,85%). A deficiência visual predomina no total de deficiências referenciadas em todas as faixas etárias, variando de 40,24% entre as pessoas com deficiência de zero a quatro anos a 76,28% entre aquelas com 10 a 29 anos. Segundo os grupos de idade, o maior percentual de pessoas com deficiência aparece na população de 65 anos ou mais: 63,90%. Dentre as crianças de zero a quatro anos, 2,67% apresentam alguma deficiência. As diferenças quanto à cor/raça são pouco relevantes na população com deficiência (CODEPLAN).⁶

O Censo que estava previsto para o ano de 2020 não foi realizado devido a pandemia da COVID-19. Dessa forma, os dados acima podem não refletir a realidade atual. Além disso, apesar dos números serem expressivos, estes provavelmente são ainda maiores, pois não contabilizam as doenças sistêmicas e distúrbios comportamentais, como, por exemplo, o autismo, as demências, as doenças psíquicas, entre outros, que representam uma grande parcela dos pacientes atendidos pela Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE).

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. Outrossim, o sucesso do tratamento odontológico ao paciente especial implica na construção de vínculos positivos com a equipe de saúde bucal, os demais profissionais de saúde, o paciente e sua família.

A necessidade de viabilizar o acesso das pessoas com necessidades especiais às ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal é considerada, dentro do atual contexto da política nacional de saúde do paciente com deficiência, por meio da portaria nº 1.060 de 05 de junho de 2002.⁷ Além disso, na Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, republicada no Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), cujo objetivo é promover o acesso às ações e aos serviços de saúde e ofertar cuidado qualificado e humanizado, de forma integral, às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).^{8,9} No contexto do atendimento a pessoas com necessidades especiais na Atenção Especializada em Odontologia, a Portaria nº 599 de 23 de março de 2006 define a inclusão do atendimento a pessoas com necessidades especiais entre as especialidades mínimas requeridas para implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).¹⁰ Além disso, como incentivo para o atendimento às pessoas com necessidades especiais, a portaria nº 1032 de 05 de maio de 2012 inclui, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em cidadãos que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.¹¹

A OPNE é uma especialidade da Odontologia, reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) por meio da Resolução nº22/2001.¹² Esta tem por objetivo “o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal dos pacientes que apresentam uma complexidade no seu sistema biológico e/ou psicológico e/ou social, bem como percepção e atuação dentro de uma estrutura transdisciplinar com outros profissionais de saúde e áreas correlatas com o paciente”. No SUS e na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), a especialidade de OPNE está inserida no CEO com a missão de atender as pessoas que necessitam de abordagem e/ou tratamento que a Atenção Primária à Saúde (APS) não foi capaz de resolver por limitações específicas do cidadão ou do ambiente de atendimento. Dessa forma, as pessoas com necessidades especiais devem ser acolhidos na APS e atendidos de acordo com os critérios de estratificação e classificação de risco definidos na Linha Guia de Saúde Bucal do DF¹³, sendo encaminhados para a atenção especializada somente nos casos específicos de acordo com os critérios definidos a seguir neste protocolo. A identificação precoce e correta desses casos, além de minimizar

custos ao SUS, viabiliza o percurso terapêutico do cidadão na rede temática, com diminuição do tempo de espera para consultas odontológicas, propiciando, assim, um planejamento adequado de demandas dos serviços de referência.¹⁴

3. Justificativa

O objetivo deste protocolo é padronizar as ações dos profissionais de saúde para a assistência odontológica às pessoas com necessidades especiais, de todas as idades e em todas as fases do ciclo de vida, no âmbito da SES/DF, com vistas à educação e promoção de saúde, prevenção de agravos, redução da incidência e prevalência de doenças bucais, tais como doenças periodontais, doença cárie, infecções de origem odontogênica, entre outros. E, além disso, padronizar as ações do cirurgião dentista a fim de aumentar o número de ações preventivas em saúde bucal realizados na APS, aumentar a resolutividade na assistência na rede de atenção à saúde (RAS), otimizar o atendimento ao cidadão, diminuir a necessidade de encaminhamentos para a atenção especializada, orientar quanto ao fluxo de referência e contra-referência, e orientar os profissionais acerca dos tratamentos odontológicos mais adequados a serem realizados dentro da RAS da SESDF.

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

O quadro 1 lista as condições sistêmicas e bucais frequentes no atendimento odontológico à pessoa com necessidades especiais, classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças número 10 (CID10).¹⁵

Quadro 1: Condições bucais frequentes no atendimento odontológico a pessoa com necessidades especiais, classificadas de acordo com o CID10.¹⁵

CID10	Condição
B00	Infecções pelo vírus do herpes (herpes simples)
B00.2	Gengivoestomatite e faringoamigdalite devido ao vírus do herpes simples
B00.8	Gengivoestomatite e faringoamigdalite devido ao vírus do herpes simples
B34.2	Infecção por coronavírus de localização não especificada
B37	Candidíase
B37.0	Estomatite por cândida

K00	Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes
K01	Dentes inclusos e impactados
K02	Cárie dentária
K02.1	Cárie de dentina
K02.2	Cárie de cimento
K02.3	Cáries dentárias estáveis
K02.4	Odontoclasias
K02.8	Outras cáries dentárias
K02.9	Cárie dentária sem outra especificação
K03	Outras doenças dos tecidos dentários duros
K03.0	Atrito dentário excessivo
K03.1	Abrasão dentária
K03.2	Erosão dentária
K03.3	Reabsorção patológica dos dentes
K03.4	Hipercementose
K03.5	Ancilose dentária
K03.6	Depósito nos dentes: cálculo, tabaco
K03.7	Alterações pós eruptivas da cor dos dentes
K03.8	Outras doenças dos tecidos dentários duros
K04.0	Pulpite
K04.1	Necrose pulpar
K04.2	Degeneração da polpa
K04.4	Periodontite apical aguda de origem pulpar
K04.5	Periodontite apical aguda crônica
K04.6	Abscesso periapical com fístula

K04.7	Abscesso periapical sem fístula
K04.8	Cisto radicular
K04.9	Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas
K05	Gengivite e doenças periodontais
K05.0	Gengivite aguda
K05.1	Gengivite crônica
K05.2	Periodontite aguda (pericoronarite aguda)
K05.3	Periodontite crônica
K05.4	Periodontose
K05.5	Outras doenças periodontais
K05.6	Doenças periodontais não especificadas
K06	Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
K06.0	Retração gengival
K06.1	Hiperplasia gengival
K06.2	Lesões da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, associadas a traumatismos
K06.8	Outros transtornos especificados da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
K06.9	Transtorno da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes sem outra especificação
K07	Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)
K07.3	Anomalias da posição dos dentes
K07.4	Maloclusão não especificada
K07.6	Transtornos da articulação temporomandibular
K07.8	Outras anomalias dentofaciais

K08	Outros transtornos dos dentes e das suas estruturas de sustentação
K08.0	Exfoliação dos dentes devido a causas sistêmicas
K08.1	Perda de dentes devido a acidentes, extração ou a doenças periodontais localizadas
K08.2	Atrofia do rebordo alveolar sem dentes
K08.3	Raiz dentária retida
K08.8	Outros transtornos especificados dos dentes e das estruturas de sustentação
K08.9	Transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação
K09	Cistos da região bucal não especificados em outra parte
K09.0	Cisto odontogênico de desenvolvimento
K09.1	Cisto de desenvolvimento não odontogênico
K09.2	Outros cistos mandibulares
K09.8	Outros cistos orais não classificados em outra parte
K09.9	Cistos da região oral sem outras especificações
R46 - R46.8	Sintomas e sinais relativos à aparência e ao comportamento
S025	Fratura de dentes

Fonte: Quadro elaborado pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.

5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

O conhecimento da clientela é essencial para que haja a integralidade no cuidado prestado. Por isso, o diagnóstico situacional é uma importante chave no planejamento das ações de saúde. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se peça chave por meio do cadastramento domiciliar, podendo assim aproximar-se da realidade sociocultural da população. A equipe de saúde bucal (eSB) deve ter postura proativa, com ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado das pessoas e das famílias ao longo do tempo, agindo frente ao processo de saúde-doença da população.¹³

As pessoas com necessidades especiais possuem especificidades que não podem ser ignoradas pelo cirurgião dentista na prestação do cuidado. Deste modo, o diagnóstico deve ser individualizado, levando em consideração não somente a situação odontológica, mas também familiar, social e cultural, adequando o atendimento à realidade enfrentada pelo paciente e sua família, com ênfase nas suas habilidades e potencialidades, e não somente nas suas limitações.

Assim sendo, vale destacar que são várias as condições a requererem atendimento odontológico que leve em consideração as especificidades individuais da pessoa. O quadro 2 cita e exemplifica algumas destas condições mais comumente recebidas na rotina odontológica.

Quadro 2: Principais condições sistêmicas das pessoas com necessidades especiais recebidos na rotina odontológica.

Condição	Exemplos
Anomalias Congênitas	Doenças raras, malformações, deformidades, erros inatos do metabolismo, complexos malformativos, síndromes malformativas e associações com ou sem comprometimento intelectual.
Condições Sistêmicas	Gestantes, idosos, irradiados em região de cabeça e pescoço, doenças pulmonares, doenças oncológicas, pacientes em uso de bisfosfonato, pacientes submetidos a transplantes de órgãos sólidos e hematopoéticos, pacientes imunossuprimidos por medicamentos.
Déficits Intelectuais (DI)	Comprometimento intelectual de origem genética, ambiental ou desconhecida, podendo estar, ou não, associados a outras condições.
Deficiências Físicas	Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP), Acidente Vascular Encefálico (AVE), miastenia gravis, distrofias musculares, disostoses, mielomeningocele, deficiências adquiridas pós trauma, entre outras malformações.

Deficiências Sensoriais e de áudio-comunicação	Deficiência visual, auditiva e de fala.
Desvios Sociais	Pessoa privada de liberdade (população carcerária).
Distúrbios Neurológicos, psiquiátricos e comportamentais	Transtorno do espectro autista (TEA), doença de Parkinson, doença de Alzheimer e outras demências, esquizofrenia, fobias, depressão, transtorno obsessivo compulsivo, epilepsia e transtornos convulsivos, transtornos relacionados a substâncias (dependência química).
Distúrbios Nutricionais	Obesidade, bulimia, anorexia, deficiências nutricionais (desnutrição proteico-calórica, deficiência de iodo, deficiência de ferro e hipovitaminoses).
Doenças Infectocontagiosas	Pacientes soropositivos para doenças virais, bacterianas crônicas e fúngicas, sintomáticos e assintomáticos, tais como covid-19, HIV, HTLV, HPV, herpes, hepatites virais, tuberculose, sífilis, entre outras.
Doenças Imunomediadas	Artrite idiopática juvenil, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, psoríase, síndrome de Sjögren, doenças inflamatórias intestinais, doenças imunomediadas da mucosa oral (líquen plano, pênfigo vulgar, penfigóide benigno das mucosas, eritema multiforme, estomatite recorrente aftosa).
Doenças Sistêmicas Crônicas	Diabetes mellitus, cardiopatias congênitas ou adquiridas, doenças hematológicas, transtornos convulsivos, insuficiência renal crônica, doenças autoimunes, hepatopatias.

Fonte: Quadro elaborado pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.

A anamnese é o momento da consulta a se colher o máximo de informações, com o objetivo de orientar sobre as melhores estratégias de manejo comunicativo, farmacológico e procedimentos odontológicos protetores. Antes da pessoa receber o tratamento odontológico em si, é importante que o cirurgião dentista e sua equipe estejam familiarizados com o seu histórico médico. Uma vez que o tratamento odontológico tem como objetivo causar um

profundo efeito tanto no bem-estar físico quanto psicológico do paciente, o conhecimento antecipado do seu estado físico permite ao cirurgião dentista criar e modificar o plano de tratamento proposto, conhecer de antemão os problemas mais prováveis de serem encontrados, assim como conhecer melhor o limite de tolerância física e psicológica do paciente frente aos estresses envolvidos no tratamento odontológico planejado, guiando a necessidade de estratégias de abordagem.

O valor principal do exame físico é fornecer ao cirurgião dentista informações em relação à condição do paciente imediatamente antes de começar o tratamento, em contraste com o questionário de saúde, que fornece informações históricas. Neste momento são avaliados os sinais vitais, assim como dados antropométricos e ectoscópicos como, por exemplo, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, altura e peso, inspeção visual do paciente, observando postura, movimentos corporais, fala, pele, assimetrias, comportamento e outros. A próxima etapa é o exame odontológico propriamente dito, iniciando com o exame extrabucal que envolve, além dos aspectos observados na inspeção visual, a palpação de musculatura mastigatória, glândulas salivares e nódulos linfáticos. O exame intrabucal deve buscar informações em toda a cavidade bucal, avaliando tecidos moles (mucosa jugal, palato, língua, região sublingual, retromolar, áreas edêntulas e orofaringe) e dentes, avaliando possíveis alterações presentes.

O cirurgião dentista, objetivando que as informações alcançadas por meio da anamnese e do exame físico sejam suplementadas, pode lançar mão de exames complementares de imagem, bioquímicos, citopatológicos ou biópsias, dentre outros. Os exames de imagem, como, por exemplo, exames radiográficos, ecografias, tomografias e ressonâncias, têm grande valor na elaboração do diagnóstico correto e confecção de plano de tratamento odontológico, pois colaboram para determinar a origem da lesão, confirmar diagnóstico clínico, avaliar a extensão e o comprometimento das estruturas e acompanhar a progressão ou regressão de lesões. O uso de radiação ionizante e os custos dos exames, além da capacidade de o paciente ser submetido a estes, são parâmetros que guiam a decisão em solicitá-los, tendo em mente que o exame obtido deve acrescentar ou modificar o diagnóstico, com influência assim na definição da conduta terapêutica.

Adicionalmente, a prática odontológica em pessoas com necessidades especiais é essencialmente multidisciplinar. Neste cenário, a troca de informações entre os profissionais que prestam assistência ao paciente é fundamental e se dá por meio de pareceres especializados, com o objetivo de buscar os melhores caminhos para o atendimento ao paciente.

Uma vez que se conheça a realidade do paciente e o diagnóstico clínico das suas condições sistêmicas, a situação de saúde do seu aparelho estomatognático deve ser

examinada pelo cirurgião dentista para fins de efetivar a promoção de saúde, prevenção de agravos e definição da conduta terapêutica para as doenças existentes.

Os principais agravos em saúde bucal na pessoa com necessidades especiais são:

- Doença cárie: é uma das doenças mais comuns do mundo, tem caráter multifatorial englobando fatores necessários (acúmulo de biofilme), determinantes (exposição a açúcares e fluoretos) e moduladores (biológicos e sociais). Pode ser considerada uma disbiose, ou seja, um desequilíbrio da microbiota bucal açúcar-dependente que traz danos às estruturas do dente. Portanto, a cárie é considerada uma doença comportamental, biofilme dependente, causada por um desequilíbrio no consumo de açúcares livres.¹⁶
- Doenças Periodontais: são alterações que ocorrem no periodonto íntegro, podendo ter causas multifatoriais, além de poder ser modificada por causas sistêmicas, genéticas, ambientais, sociais ou até mesmo por medicamentos e hábitos¹⁷. Dentre as alterações periodontais mais comumente encontradas em pessoas com necessidades especiais estão:
 - Gengivite induzida pelo biofilme – é a inflamação da gengiva em que a mesma se torna hiperemiada, edemaciada e sangra com facilidade. Esta gengivite é causada pelo acúmulo do biofilme. Pode ser reversível com tratamento profissional e higiene bucal adequada. Pode se manifestar estando associada somente ao biofilme, ser mediada por fatores sistêmicos ou locais ou estar associada a medicamentos.¹⁷
 - Aumento gengival influenciado por medicamento – é um efeito adverso associado ao uso crônico de alguns medicamentos. Entre eles podemos citar a fenitoína, um anticonvulsivante; a ciclosporina, uma droga imunossupressora; e os agentes farmacológicos conhecidos como bloqueadores dos canais de cálcio.¹⁷
 - Periodontite – definida como uma doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do periodonto.¹⁷
 - Abscesso periapical e/ou periodontal – trata-se de infecção de origem endodôntica e/ou periodontal geralmente associados a edema local e dor devido a formação de uma coleção purulenta em cavidade localizada ao redor do dente. A gravidade da infecção, além do ápice dentário, está relacionada com o número e a virulência dos microorganismos, resistência do hospedeiro e estruturas anatômicas associadas.

- Traumatismos dentários - é uma situação frequente principalmente entre pacientes com deficiência física e aqueles que praticam automutilação, e que decorre de trauma local envolvendo a região peribucal. Ocasiona lesões que acometem tecidos moles, tecido ósseo e/ou dentes.
- Defeitos de desenvolvimento do esmalte (DDE) – são distúrbios na formação da matriz dentária, na função celular e na regulação do desenvolvimento, ocorridos durante a amelogênese. Os defeitos de esmalte podem ser localizados, afetando um único dente, ou generalizados, afetando múltiplos dentes, em grau variável, tanto na dentição decídua como na permanente:
 - o Opacidades do esmalte – são defeitos qualitativos que alteram a translucidez do esmalte devido a distúrbios na mineralização. Podem ser demarcadas ou difusas. Clinicamente, apresentam-se como manchas esbranquiçadas amareladas até acastanhadas.
 - o Hipoplasias de esmalte – a hipoplasia do esmalte é uma formação incompleta ou deficiente da matriz orgânica do esmalte. É definida como um defeito quantitativo do esmalte, provocando uma redução da sua espessura. Clinicamente apresenta-se como uma depressão na superfície do esmalte, assumindo forma rugosa, de sulcos ou ranhuras, podendo comprometer a estética do sorriso.
 - o Hipomineralização Molar-Incisivo (MIH) – é um defeito qualitativo do esmalte dentário caracterizado por manchas hipoplásicas na superfície do esmalte dos incisivos permanentes e primeiros molares permanentes, podendo afetar um ou mais primeiros molares da maxila e/ou mandíbula.¹⁸
 - o Fluorose – é uma anomalia de desenvolvimento e ocorre por ingestão prolongada e em altas doses de flúor durante a formação dos dentes e maturação do esmalte. Geralmente, o aspecto clínico é de manchas opacas no esmalte, em dentes homólogos, até regiões amareladas ou castanhas em casos de alterações mais graves.
 - o Amelogênese imperfeita – é um defeito hereditário do desenvolvimento do esmalte dentário, seja na quantidade ou qualidade, quando inexistem outras alterações de ordem geral ou sistêmica. Podem acometer tanto a dentição decídua quanto a permanente.

- o Dentinogênese imperfeita – é um defeito hereditário na formação da dentina que se apresenta clinicamente com o esmalte dentário com tendência a lascas nas superfícies incisais dos dentes anteriores e superfícies oclusais dos dentes posteriores. A dentina exposta, que possui consistência amolecida, sofre rápida atrição, podendo, ocasionalmente, tornar-se lisa e contínua com o tecido gengival.
- Hipersensibilidade dentinária – sensibilidade acentuada nos dentes, que pode ter várias causas;
- Lesões de tecido moles – lesões que acometem os tecidos moles da cavidade bucal. Podem ser benignas ou malignas.
 - o Mucocele – lesão bastante comum na mucosa bucal. Trata-se de uma lesão não-infecciosa com acúmulo de mucina associado às glândulas salivares que leva a uma reação inflamatória localizada. Quando ocorre no assoalho da boca é denominada rânula.
- Anquiloglossia - a anquiloglossia é uma anomalia congênita, na qual o frênulo lingual é anormalmente curto e espesso (ou ainda delgado), podendo variar amplamente em espessura, elasticidade e local de fixação na língua e no assoalho da boca. Tais características podem restringir os movimentos da língua em diferentes graus. A anquiloglossia pode ser classificada em leve ou parcial, que é o tipo mais comum, e grave ou completa, condição rara, em que a língua está fundida com o assoalho da cavidade bucal. Assim, nos casos graves, essa membrana interfere na livre movimentação da língua. A alteração no frênulo lingual pode implicar em consequências nas funções de sucção e fala.¹⁹
- Estomatite – é um termo genérico utilizado para qualquer inflamação da mucosa bucal, podendo o paciente apresentar sinais, sintomas e evolução muito diversos, devido a seus vários agentes causais como vírus (herpes), bactérias, fungos e/ou traumas.
- Miíase na cavidade bucal - é a invasão dos tecidos vivos humanos por ovos ou larvas de moscas.
- Sialolitíase (cálculo nos ductos salivares) – refere-se à formação de cálculo (aposição patológica de minerais) nas glândulas salivares.
- Halitose - é alteração no hálito podendo ser patológica ou não.
- Hipossalivação - a alteração na quantidade e na qualidade do fluxo salivar.

- Xerostomia - sensação de boca seca.
- Sialorreia - aumento do fluxo salivar.
- Babação - escape da saliva pela boca, associada ou não à sialorreia. Dificuldade em controlar as secreções bucais devido a problemas motores causados pela redução da coordenação muscular orofacial, o que aumenta o fluxo de saliva para fora da boca.²⁰
- Maloclusões - representam desvios de normalidade das arcadas dentárias, do esqueleto e da musculatura facial, com reflexos variados tanto nas diversas funções do aparelho estomatognático, tais como mastigação, fonação e deglutição, quanto na aparência e autoestima dos indivíduos afetados.
- Disfunção Temporomandibular – grupo de doenças que acometem os músculos mastigatórios, articulação têmporo-mandibular (ATM) e estruturas adjacentes. Podem ser de origem articular ou muscular.
- Reflexos primitivos persistentes - determinam a persistência dos reflexos ou a perda da capacidade de inibição dos mesmos. Como exemplos temos a ação involuntária de mordida, vômito e outros.
- Fissuras labiopalatinas - são os defeitos congênitos mais comuns entre as malformações que afetam a face do ser humano. São defeitos de não fusão de estruturas embrionárias.
- Lesões ósseas – lesões que acometem os tecidos duros na mandíbula ou na maxila. Podem ser benignas ou malignas.

6. Critérios de Inclusão

Será considerada pessoa com necessidade especial todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional, desde o nascimento até a morte, em todas as fases do ciclo de vida independente da idade.²¹

Serão classificados e priorizados de acordo com os seguintes critérios sistêmicos e sociais:

- a) usuários elegíveis ao serviço de atenção domiciliar de alta complexidade (sad-ac)

- b) pessoas privadas de liberdade.
- c) cardiopatas:
 - a. prioridade I: pacientes portadores de valvopatias, endocardite, dispositivos implantáveis (marcapasso, cardiodesfibrilador – cdi, etc);
 - b. prioridade II: pacientes com risco cardiovascular mínimo e moderado.
 - c. referência obrigatória ao nível terciário: 1. prioridade I: pré-operatório de cirurgias cardíacas; 2. prioridade II: pacientes com risco cardiovascular alto.
- d) imunodeprimidos: pacientes apresentando síndrome da imunodeficiência adquirida.
- e) em espera por transplante, transplantados ou sob tratamento oncológico: pacientes que serão submetidos a transplante de órgãos e à imunossupressão pós-transplante; pacientes que serão submetidos a tratamentos de radioterapia e/ou quimioterapia.
- f) doença renal crônica: pacientes classificados na cor vermelha (muito alto risco) na “classificação e estadiamento da drc”.
- g) gestantes: gestação com complicações sistêmicas que determinem o alto risco da gestação (alto e muito alto risco).
- h) hepatopatas
- i) hemoglobinopatias: pacientes com doença falciforme ou talassemias.
- j) coagulopatas: pacientes com hemofilia ou púrpura trombocitopênica.
- k) pacientes neurológicos:
 - a. prioridade I demências classificadas severas;
 - b. prioridade II: demências classificadas como leves ou moderadas
- l) idosos: de acordo com o art. 3º, § 1º (lei nº 10.741, de 2003)²² - a garantia de prioridade compreende: I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos (redação dada pela lei nº 13.466, de 2017).²³
- m) pessoas com deficiência: de acordo com o art. 9º da lbi lei nº 13.146, de 2015)²⁴ - a pessoa com deficiência tem direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de: II - atendimento em todas as instituições e serviços de atendimento ao público.

7. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão não têm o intuito de excluir as pessoas com necessidades especiais da possibilidade de atendimento, mas sim de reforçar a orientação quanto ao fluxo que estas devem seguir dentro da RAS. A pessoa com necessidades especiais deve receber tratamento odontológico na SESDF. O tipo e o grau de limitação que a pessoa com necessidades especiais apresentar irão guiar a decisão de em qual nível de assistência na rede de atenção à saúde (RAS) essa pessoa deve receber seu tratamento, conforme supracitado nos critérios de inclusão. Muitos pacientes estão incluídos no grupo de pessoas com necessidades especiais, entretanto, não se impõe, necessariamente, a obrigatoriedade do atendimento especializado no âmbito da Odontologia.

Diante disso, ficam definidos como critérios de exclusão:

- Pessoas com condição de saúde descompensada que seja impeditivo da realização do tratamento odontológico, em qualquer nível de assistência. Nestes casos, orienta-se que esses pacientes sejam encaminhados ao médico para compensação de tais condições de saúde;
- Pessoas com necessidades especiais menores de idade ou com comprometimento de sua autonomia cujos responsáveis não autorizaram o tratamento;
- Pessoas com necessidades especiais que tenham a sua autonomia preservada e que recusem o tratamento odontológico;
- A pessoa com necessidades especiais que não estiver cadastrado na UBS, nem vinculado à eSF responsável, não poderá receber tratamento odontológico programado (agendamento) e acompanhamento longitudinal pela eSB na UBS.

A pessoa com necessidades especiais que não for encaminhada via SISREG não poderá receber tratamento odontológico no CEO ou Centro Cirúrgico, exceto em casos de urgência ou emergência.

8. Conduta

Este protocolo se destina a padronizar as ações dos profissionais de saúde para a assistência odontológica às pessoas com necessidades especiais, de todas as idades e em todas as fases do ciclo de vida, no âmbito da SES/DF.

As pessoas com necessidades especiais que procuram a UBS por demanda espontânea deverão ser direcionadas ao acolhimento da UBS para avaliação de risco e vulnerabilidade. Após a escuta qualificada, será definida a conduta adequada que poderá ser: (1) atendimento imediato para os casos agudos (urgências odontológicas); (2) programação de atendimento (agendamento); (3) encaminhamento responsável à UBS de referência ou (4) encaminhamento à atenção especializada (CEO ou Atendimento Hospitalar) por meio do sistema de regulação.

Para tratamento odontológico programado (agendamento) e acompanhamento longitudinal pela equipe de saúde bucal (eSB) na UBS, a pessoa com necessidades especiais deverá ser cadastrada na UBS e vinculada à equipe de Saúde da Família (eSF) responsável de referência da eSB.

As pessoas com necessidades especiais que procuram Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro (PS) odontológico por demanda espontânea aguda devem ter a sua queixa resolvida de maneira efetiva, independente do seu local de residência e de ter ou não equipe de saúde bucal de referência. Após a resolução da queixa, as pessoas com necessidades especiais e/ou seu responsável devem ser orientados a buscar a sua UBS de referência para continuidade do acompanhamento odontológico preventivo e/ou curativo.

As ações programadas de assistência na UBS devem levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar. Para definição das atividades educativo-preventivas e curativo-reabilitadoras, é importante considerar também a atividade da doença e como ela age no indivíduo. Sugerem-se duas possibilidades para abordar a Estratificação de Risco como estratégia de planejamento da demanda programada no território adscrito: (1) estratificação de risco por grupos (gestantes, pessoas com deficiência, crianças 0-3 anos, diabéticos e hipertensos, por exemplo) ou (2) estratificação de risco por território¹².

Pessoas com limitação motora, deficientes visuais, deficientes auditivos e de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, pessoas com doenças infecto-contagiosas, disfunção renal, defeitos congênitos ambientais, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A pessoa com necessidades especiais pode apresentar demandas específicas e o ambiente da atenção básica pode não ser suficiente para contemplar a sua demanda individual. Portanto, a seguir estão descritos os critérios de inclusão para o encaminhamento à atenção especializada:

O encaminhamento para o CEO será realizado a partir das UBS e das Unidades de Saúde da Família. O encaminhamento das pessoas com necessidades especiais para o CEO deve ser realizado por meio do Sistema de Regulação (SISREG) panorama 1, com o objetivo de priorizar o atendimento de acordo com a classificação de risco seguindo os critérios definidos pela Nota Técnica SEI-GDF nº 24 de 19 de outubro de 2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO para uma melhor comunicação entre o Profissional Solicitante e o Profissional Regulador²¹. A comunicação entre o Profissional Solicitante e o Profissional Executante deve ser feita entre a UBS e o CEO de sua referência com a guia 66.00 (ANEXO I) de encaminhamento preenchida com os seguintes dados:

- Nome completo do usuário
- Data de nascimento
- Filiação

- Endereço
- Telefone atualizado
- Diagnóstico principal
- Outras comorbidades
- Medicações de uso
- Alergias
- Informação se foi possível realizar radiografia (s) odontológica (s)

Serão encaminhados aos CEOs aquelas pessoas com necessidades especiais que não permitiram a realização de procedimentos devido ao seu déficit cognitivo, após pelo menos 02 (duas) tentativas de atendimento na UBS, ou as que apresentam comprometimentos sistêmicos que necessitem de recursos indisponíveis no serviço das UBS, tais como:

- Pessoas com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física ou da eSB durante o atendimento odontológico
- Pessoas cuja história médica e condições complexas necessitem de atenção especializada, tais como:
 - Pessoas que demandam o uso de dispositivos de estabilização protetora devido a doenças mentais, disfunções neurológicas e/ou limitações motoras;
 - Pessoas com discrasias sanguíneas que requerem retaguarda de equipe médica de hematologia;
 - Pessoas que realizam reposição de fatores sanguíneos prévia ao procedimento odontológico com sangramento; hepatopatas e usuários de anticoagulantes orais ou sistêmicos;
 - Pessoas cujo controle das doenças bucais é considerado relevante para o quadro geral de saúde durante o tratamento e controle da doença ou no pré e pós-operatório de cirurgia médica, como pacientes em tratamento antineoplásico com a utilização de radioterápico e/ou quimioterápico ou pré-transplante;
 - Pessoas que se submeterão à cirurgia cardíaca, renal, hepática, em hemodiálise ou diálise peritoneal ou com múltiplas doenças;²⁵
 - Usuários com deficiência intelectual, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos, após duas tentativas frustradas de atendimento na APS.

- Pessoas com deficiência visual ou auditiva ou física, quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Pessoas com distúrbio neurológico grave (p. ex. encefalopatia crônica não evolutiva);
- Pessoas com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica, por exemplo, demências, doença de Parkinson, Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA);
- Pessoas com sequelas neurológicas de traumatismos, acidente vascular encefálico, hemorragias intracranianas, tumores e outros;
- Pessoas com transtorno global do desenvolvimento (transtorno do espectro autista), que não respondem a comandos, não cooperativos e após duas tentativas frustradas de atendimento na APS;
- Outros desvios comportamentais que tragam dificuldade de condicionamento;

Pacientes cujo manejo do comportamento não foi possível ser realizado no CEO para viabilizar o tratamento odontológico em ambulatório especializado serão encaminhados para consulta de avaliação com especialistas em OPNE que atendem nos hospitais da RAS onde há centro cirúrgico, para ser definida a necessidade de ser realizado tratamento odontológico sob anestesia geral em centro cirúrgico, de acordo com os critérios definidos pela Nota Técnica SEI-GDF nº19 de 10 de agosto de 2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO, caso tais pacientes apresentem um ou mais dos seguintes critérios^{26,27}:

- Pessoas com lesões neurológicas, síndromes e transtornos comportamentais;
- Pessoas com alterações sistêmicas que apresentem alto risco de atendimento odontológico em ambiente ambulatorial;
- Inviabilidade de realização dos procedimentos odontológicos por difícil gerenciamento do comportamento e por apresentar muitas necessidades de tratamento acumuladas, cujo deslocamento para o tratamento seja muito difícil e dispendioso;
- Cirurgias complexas (exodontias complexas, dentes retidos, cirurgias da face, tratamento de cistos e tumores e remoção de lesões proliferativas);
- atendimentos cirúrgicos de urgência (drenagem de abscessos, trauma, entre outros);

Para encaminhamento para consulta de avaliação, os pacientes devem ser inseridos no SISREG panorama 3 pelo cirurgião dentista do CEO e classificados de acordo com os

critérios definidos pela Nota Técnica SEI-GDF nº19 de 10 de agosto de 2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO.²⁷ Tais pacientes deverão ser encaminhados dos CEOs para os hospitais para consulta inicial com a guia de encaminhamento 66.00 (ANEXO I) preenchida com os seguintes dados:

- Nome completo do usuário
- Data de nascimento
- Filiação
- Endereço
- Telefone atualizado
- Diagnóstico principal
- Outras comorbidades
- Medicações de uso
- Alergias
- Informação se foi possível realizar radiografia (s) odontológica (s)

Após a conclusão do tratamento odontológico na atenção especializada (CEO ou hospital), os pacientes deverão ser contra-referenciados para atenção básica preferencialmente com a mesma guia de encaminhamento 66.00 (ANEXO I) preenchida com os dados descritos abaixo, para garantia da continuidade do cuidado.

- Nome completo
- Data de nascimento
- Procedimentos que foram realizados
- Intercorrência nos procedimentos realizados ou alguma condição específica que necessita de acompanhamento
- Perfil da saúde bucal do paciente: doença periodontal, doença cárie, etc
- Orientações quanto à continuidade do cuidado na UBS ou necessidade de novo encaminhamento para atendimento especializado

Pacientes que não tenham condições de retornar à UBS também poderão receber consultas de manutenção no CEO mesmo após o tratamento concluído.

Os procedimentos odontológicos voltados para a pessoa com deficiência em nada se diferenciam da clínica geral convencional, desta forma, estes devem ser executados de acordo com um plano de tratamento individualizado que deve ser apresentado e discutido com os envolvidos (pacientes, responsáveis e cuidadores) a partir de informações obtidas por meio da anamnese, exame físico intra e extrabucal, exames complementares e pareceres

especializados, quando for o caso. No atendimento odontológico da pessoa com deficiência, é o manejo do comportamento do paciente que pode se tornar desafiador. O cirurgião dentista deve observar as limitações e potencialidades tanto físicas como cognitivas e comportamentais destes pacientes.

Com todas as informações obtidas, o cirurgião dentista deve elaborar um plano de tratamento que envolva as etapas curativas, preventivas e educacionais, além das formas de abordagem previstas. O plano de tratamento deve ser apresentado e discutido com o paciente e os responsáveis, e por estes aprovado por meio do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (ANEXO II).

Uma das situações mais desafiadoras no atendimento à pessoa com necessidades especiais 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. Com o surgimento da Covid-19, pandemia declarada em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as dinâmicas utilizadas para o estabelecimento de uma relação harmoniosa, sobretudo com relação aos pacientes com barreiras de comportamento, foram prejudicadas. A necessidade de uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) na abordagem inicial, ao receber o paciente para a consulta, dificulta o manejo do comportamento na atuação clínica. Este cenário impõe novos desafios para o atendimento odontológico dessa população. Por esse motivo, é necessário que a OPNE estabeleça, sempre que possível, medidas como atendimento remoto antes da consulta, preparando antecipadamente o paciente para o ambiente odontológico com as medidas adequadas de biossegurança, bem como promover o uso de comunicação alternativa, aludindo à pandemia atual e desta maneira contribuir para a dessensibilização do paciente diante do cuidado odontológico.²⁸

As técnicas de abordagem beneficiam muito o tratamento odontológico da pessoa com necessidades especiais, favorecendo a comunicação, o controle da ansiedade, do medo e da dor. Entre as abordagens mais comuns de condicionamento para o PNE podemos citar²⁹:

- Tecnologias assistivas ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

- **Distração:** A distração pode ser feita por meio de conversa sobre um assunto ou tema de interesse do paciente, por uma música, um vídeo, por histórias interessantes ou até mesmo um pequeno descanso. Não é aconselhável utilizar esta técnica antes de um procedimento invasivo, pois o PNE 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. Esta técnica é mais utilizada para 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 atendidos;
- **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 dessa estratégia de manejo do comportamento;
- **Comunicação Não-Verbal:** a técnica é estabelecida pela expressão facial e linguagem corporal. Pode funcionar como reforço para obtenção de um comportamento apropriado do paciente;
- **Presença/Ausência Materna:** pode ser usada para ganhar a colaboração durante o tratamento;
- **Musicoterapia:** estabelecimento de comunicação com o paciente por meio da música.³⁰

Adicionalmente às técnicas de abordagem, há outras estratégias que podem ser utilizadas para facilitar o atendimento às pessoas com necessidades especiais que apresentam barreiras de cooperação. São elas:

- Podemos considerar a possibilidade de realizar o tratamento odontológico na própria cadeira de rodas do paciente cadeirante 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 a realização de todo procedimento;
- Na cadeira odontológica, o paciente deve ser colocado e mantido em posição centralizada, com os braços e as pernas mais próximos do corpo, de forma confortável;
- As costas do paciente 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 deixar o paciente completamente deitado;
- É recomendável evitar estímulos como movimentos rápidos, barulho e iluminação, sem antes avisar o paciente, de modo a minimizar suas reações e reflexos;
- Os estímulos intrabucais 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;
- O emprego do isolamento absoluto deve ser considerado, sempre que possível;
- Ao utilizar o espelho clínico ou sugador, é recomendável fazer uso do mantenedor de abertura bucal para que se evite a fratura do espelho na cavidade bucal ou a remoção da ponta do sugador em decorrência do reflexo de mordida;
- Durante as exodontias, para evitar que o dente removido seja deglutido ou broncoaspirado, o que pode ocorrer devido aos movimentos involuntários presentes em alguns pacientes, medidas como manter a cabeça do paciente bem lateralizada e utilizar anteparos físicos como gazes na região posterior do palato são importantes para evitar essa situação adversa;
- É importante trabalhar com eficiência e no menor tempo possível, a fim de evitar fadiga.

Levando em consideração as orientações descritas acima, seguem abaixo algumas recomendações a respeito de materiais/equipamentos/instalações que podem auxiliar na manutenção da qualidade do atendimento e na diminuição do estresse durante as consultas:

- 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;³¹
- Aspirador eficiente, de preferência bomba a vácuo;
- Equipo odontológico de qualidade com kart (mesa) auxiliar;
- Colchão posicionador à vácuo;
- Mocho para o cirurgião dentista, para as duas auxiliares e para o responsável pelo paciente;
- Aparelho de Raios X para tomadas radiográficas periapicais/interproximais fixo e/ou portátil;
- Macromodelo e macroescova, como também outros materiais lúdicos que possam auxiliar na educação em saúde bucal;
- “Kit Help” (Kit de emergência contendo cilindro de oxigênio, ambu, guedel, medicamentos de urgência e outros componentes 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 atendimentos odontológicos comuns a todas as especialidades;
- Mantenedores de abertura bucal, sejam de borracha, silicone, do tipo Molt, do tipo Jennings ou do tipo descartável feito com espátulas de madeira. São recursos utilizados para manter a abertura bucal daqueles pacientes com necessidades especiais que não conseguem manter a abertura da boca. Para o controle de movimentos involuntários da mandíbula, escolha um mantenedor de abertura bucal 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

occlusais dos dentes posteriores, promovendo assim melhor condição de visualização do campo operatório. Como exemplos de mantenedores de abertura bucal podemos citar:

- 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;
- Abridor de silicone AbritecPcD®;
- 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);
- Escova de dentes.

O sucesso do tratamento da pessoa com deficiência depende do conhecimento por parte do cirurgião dentista das técnicas e dos recursos para o posicionamento do paciente na cadeira odontológica. Esses pacientes devem ser posicionados de maneira confortável e segura, permitindo estabilização, boa visibilidade para o dentista e segurança para a transferência dos instrumentais pelo auxiliar. Para isso, devemos considerar a idade do paciente, a maturidade, o grau de cognição e cooperação, além das sequelas e/ou deformidades associadas a sua patologia de base. Entre as sequelas e deformidades que devem ser observadas e que mais interferem no posicionamento do paciente, estão: posturas viciosas, reflexos musculares involuntários, alterações de coluna vertebral, paralisias e paresias bem como qualquer alteração postural que possa determinar dificuldade de deglutição e respiração³². O correto posicionamento do paciente na cadeira odontológica proporciona ergonomia para os profissionais, facilitando a visualização do campo operatório, a redução do esforço em mantê-lo na posição, a redução dos reflexos involuntários, bem como reduz o número de pessoas envolvidas na estabilização e o tempo de atendimento odontológico.^{29,32}

Para o atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais que apresentam déficit intelectual severo ou movimentos involuntários, algumas vezes é necessário dispor de diferentes técnicas de estabilização protetora. 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 estabilização,

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 realizar a estabilização protetora, o dentista pode lançar mão de diferentes métodos, desde a estabilização pelos braços (ou abraço) do responsável ou o uso de faixas, lençóis, coletes, ataduras e outros artifícios. A equipe deve ser treinada, de modo a agir coordenadamente e de maneira calma e segura. O paciente estabilizado deve ser observado continuamente pela equipe durante todo o atendimento. É importante salientar que a estabilização protetora não deve ser encarada como castigo, mas sim como uma forma de proteção, sendo que, por si só, promove alívio na agitação, podendo promover um relaxamento do paciente especial.^{29,33}

As indicações para o uso da estabilização protetora são:

- Pacientes com movimentos involuntários constantes e desordens que impeçam seu posicionamento na cadeira odontológica. Por exemplo: pacientes com Encefalopatia Crônica Não Evolutiva;
- Deficientes intelectuais severos que não colaboram;
- Pacientes agitados, agressivos, extremamente resistentes, nos casos onde não há indicação de anestesia geral;
- Bebês.

Existem opções que possibilitam a estabilização protetora, dentre as quais podem ser citadas:

Estabilização física/mecânica:

- Para o corpo:
 - embrulho pediátrico com lençol;
 - macri (Maca odontológica adaptada para atendimento de bebês e crianças);
 - colchão à vácuo;
 - lençol e faixas em napa e velcro;
 - lençol e ataduras em crepe;
 - kit estabilizador;
 - holding therapy - terapia do abraço;
 - estabilização realizada pelos pais e/ou auxiliar.

- Para as extremidades:
 - lençol e ataduras;

- estabilização realizada pelos pais e/ou auxiliar.

- Para a cabeça:
 - apoios de cabeça;
 - travesseiro centralizador;
 - estabilização realizada pelos pais e/ou auxiliar.

Estabilização químico-medicamentosa:

A ansiedade e o medo são comumente observados nos pacientes com necessidades especiais durante o atendimento odontológico. A quantidade de sons, odores e instrumentais são fatores que podem provocar esse tipo de reação nessa população. Quando as técnicas de manejo não forem efetivas para obter o comportamento colaborador por parte do paciente, a utilização de sedação pode ser necessária. As drogas sedativas na odontologia são utilizadas para aliviar a ansiedade e o medo, controlar os movimentos involuntários, aumentar o relaxamento muscular, controlar a salivação, podendo ser utilizadas também de forma combinada para potencialização do efeito. Se utilizadas em doses adequadas, promovem uma diminuição mínima da consciência sem provocar alterações na habilidade de respirar de forma autônoma e independente³⁴. Podem ser administradas por via oral, sublingual, tópica, subcutânea, transdérmica, intranasal, intramuscular, inalatória, retal ou endovenosa, sendo recomendada a monitorização contínua durante o procedimento até a recuperação do paciente, a fim de evitar complicações. A depressão respiratória é a complicação que merece maior atenção devido ao seu potencial deletério na saúde do paciente.^{35,36}

O exame clínico composto por uma anamnese adequada e exame físico acurado do paciente é importante para que o profissional possa optar pelo fármaco, dose e via de administração a serem aplicadas durante o procedimento odontológico sob sedação. Dentre os fármacos de escolha, estão disponíveis no mercado os sedativos hipnóticos, benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, derivados do cloral, anti-histamínicos e opióides. Os benzodiazepínicos merecem destaque por serem as medicações mais utilizadas e pelo seu alto padrão de segurança. Seu mecanismo de atuação se dá por meio da ligação a neurotransmissores endógenos, principalmente o Ácido Benzo Amino Butírico (GABA). As principais medicações desta categoria são: midazolam, alprazolam, clonazepam e diazepam. Os benzodiazepínicos são contraindicados em pacientes alérgicos ao composto, mulheres em período gestacional e lactantes, em pacientes com glaucoma e miastenia grave e em pacientes em uso de drogas depressoras do sistema nervoso central, eritromicina, dissulfiran e contraceptivos orais^{28,31}. Os anti-histamínicos são drogas que

apresentam a depressão do sistema nervoso central como efeito colateral, sendo que diversos medicamentos desta classe demonstram essa propriedade e incluem a prometazina e a hidroxizina. Dentre os anti-histamínicos, a droga mais utilizada na Odontologia para sedação é a hidroxizina, pois, além do seu efeito sedativo, apresenta também efeitos antiemético, anticolinérgico e anti-histamínico, e menores efeitos colaterais, sendo comumente utilizada em crianças.²⁸

A sedação não deve ser feita em paciente com doença cardíaca cianótica, doença pulmonar, hepática e/ou renal graves. No contexto da pandemia de COVID-19, a sedação por via inalatória deve ser utilizada com cautela devido a possibilidade de geração de aerossóis. Deve-se ter atenção especial também em pacientes obesos e em uso de drogas depressoras do sistema nervoso central. Nesses casos, o mais indicado é a realização do procedimento sob anestesia geral em centro cirúrgico orais.^{28,29,31}

Atendimento odontológico sob anestesia geral (AG):

O atendimento odontológico sob anestesia geral é um recurso adicional e, em algumas situações, pode ou deve ser instituída para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 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.³² A indicação da intervenção odontológica sob anestesia geral nas pessoas com necessidades especiais que se baseia nos seguintes fatores fundamentais:

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

adequação do meio bucal com urgência para preparo pré-cirúrgico (por exemplo: transplantes, cirurgias cardíacas, cirurgias oncológicas, entre outros);

- Atendimentos cirúrgicos e clínicos de urgência: por exemplo, acesso ou tratamento endodônticos, drenagem de abscesso, traumas.

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 anestesiologia 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".³⁷ O Conselho Federal de Medicina (CFM) determinou, por meio da portaria nº 852 de 04/10/1978, que a anestesia geral somente poderá ser realizada por médico anestesiológico, em ambiente hospitalar, para pacientes a serem submetidos à tratamento realizado pelo cirurgião dentista. Além disso, o hospital deve dispor de condições indispensáveis de segurança, comuns a ambientes cirúrgicos.³⁸ O Conselho Federal de Odontologia (CFO) regulamentou que 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; e, 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 ambientes cirúrgicos.³⁹

Com o intuito de pacificar as relações entre o médico anestesiológico e o cirurgião dentista no que tange à responsabilidade assistencial do paciente submetido a anestesia geral para procedimentos odontológicos, o CFO e o CFM, conjuntamente, estabeleceram critérios para a realização de procedimentos das áreas de cirurgias bucomaxilofacial e crânio-maxilofacial. As resoluções CFM 1.950, de 19 de junho de 2010⁴⁰ e CRO 100 de 18 de março de 2010⁴¹ resolveram que: Art. 1º Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião dentista, visando a adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento; Art. 3º Os médicos anestesiológicos 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 1.802/06.⁴² Art. 6º. O cirurgião dentista é responsável direto pelo seu paciente quando de internação hospitalar.

Para assegurar a qualidade e segurança do cuidado do paciente com necessidades especiais submetido a tratamento odontológico sob anestesia geral, é recomendável a interação prévia entre a equipe odontológica e o anestesiológico, para discussão do tempo

de duração da anestesia de acordo com a natureza e o volume do trabalho a ser realizado. Para isso, é necessária a elaboração do plano de tratamento. A elaboração do plano de tratamento a ser executado em centro cirúrgico tem como objetivo a organização e racionalização dos procedimentos, e a definição dos instrumentais, materiais e equipamentos que devem estar preparados e disponíveis para a execução dos procedimentos planejados, diminuindo assim a possibilidade de imprevistos, atrasos e mudanças durante a execução do tratamento. Para a elaboração do plano de tratamento a ser executado em centro cirúrgico, é necessário, (1) realizar anamnese detalhada colhendo as informações do paciente, história médica e odontológica pregressa e atual, resultados de exames complementares e pareceres médicos; (2) realizar exame bucal para o diagnóstico acurado, complementado pelo exame radiográfico, sempre que possível. Quando não for possível realizar exame bucal e plano de tratamento detalhado previamente ao atendimento odontológico sob anestesia geral, estes deverão ser feitos com o paciente já sob efeito da anestesia geral.

O atendimento odontológico do paciente com necessidades especiais sob anestesia geral deverá ser realizado por equipe multidisciplinar composta por: equipe odontológica, preferencialmente formada por dois cirurgiões dentistas, no mínimo, sendo um deles um cirurgião bucomaxilofacial, e por um ou dois técnicos de saúde bucal; médico anestesiológico; e equipe de enfermagem. Na impossibilidade da presença do dentista responsável pela indicação do atendimento sob AG, este deverá prover um relatório com a descrição do tratamento proposto, previamente discutido com o responsável legal do paciente, para o cirurgião dentista que executará os procedimentos.

Para a execução dos procedimentos odontológicos planejados para o tratamento sob AG em centro cirúrgico, alguns equipamentos, materiais e instrumentais são necessários, a saber:

- Aspirador de secreções;
- Equipe odontológica;
- Instrumentos manuais e rotatórios;
- Fotopolimerizador;
- Amalgamador;
- Equipamento para raspagem como ultrassom;
- Aparelho de Raios-X, preferencialmente portátil, e meios para revelação de filmes;
- Mantenedores de abertura bucal;

- Todo material de consumo para a realização dos procedimentos odontológicos planejados para o atendimento.

Há importantes etapas que devem ser seguidas a fim de assegurar as melhores práticas na assistência segura ao paciente com necessidades especiais que será submetido a tratamento odontológico sob anestesia geral em centro cirúrgico. São elas: conduta pré-operatória, avaliação pré-anestésica, internação, orientações pós-operatórias e alta hospitalar. Abaixo tais etapas são descritas em mais detalhes.

Conduta pré-operatória:

- Realizar minuciosa anamnese;
- Solicitar exames de imagem sempre que possível;
- Solicitar exames laboratoriais:
 - Sangue: hemograma completo, Tempo de protrombina, Tempo de tromboplastina parcial ativada, glicemia em jejum, uréia, creatinina, TGO, TGP, Na-, K+
 - Urina: EAS (Elementos Anormais de Sedimentação)
- Solicitar radiografia de tórax PA e perfil;
- Solicitar parecer cardiológico, relatório de risco cirúrgico e demais pareceres que forem necessários de acordo com a doença-base de cada paciente;
- Realizar consulta para avaliação dos exames, planejamento do tratamento, agendamento do centro cirúrgico e entrega das recomendações pré-operatórias. O paciente e seus responsáveis devem ser orientados que o paciente deverá estar em jejum para o atendimento odontológico sob AG, sendo recomendado ficar duas horas antes sem ingerir líquidos claros sem resíduos, por exemplo, água e chás; quatro horas sem ingerir leite materno; seis horas sem ingerir leite não humano ou fórmulas, seis horas sem comer refeições leves e oito horas de jejum para alimentos de modo geral;
- Preencher o TER (ANEXO II) e colher a assinatura do responsável pelo paciente;
- Encaminhar o paciente para o ambulatório de avaliação pré-anestésica sempre que possível.

Avaliação pré-anestésica:

Trata-se da consulta médica de avaliação clínica especializada, de responsabilidade do anestesiológico, que consiste na ponderação de informações de múltiplas fontes que incluem: prontuário médico, anamnese, exame físico e resultados de exames diagnósticos. Por meio dela será avaliada a necessidade de interconsultas com outros profissionais de saúde para obtenção de informações relevantes.

A avaliação pré-anestésica é regulamentada pela resolução CFM nº 2174/2017⁴³, de extrema relevância para os pacientes que terão de se submeter a qualquer tipo de ato anestésico realizado pelo anestesiológico. Esta resolução atualiza e moderniza a prática do ato anestésico, além de dispor sobre as condições de segurança obrigatórias desde o pré-operatório 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.

Internação:

A internação do paciente deve ser efetuada por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) utilizando o código 04.14.02.041-3 (Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais) constante no SIGTAP. Para proceder a internação, é necessário solicitar uma vaga de internação em enfermaria no sistema de disponibilização de leitos, caso o cirurgião dentista avalie que pode ser necessária a internação hospitalar após a conclusão do tratamento realizado no centro cirúrgico. O paciente deve estar em jejum, sendo recomendado estar há duas horas sem ingerir líquidos claros sem resíduos, por exemplo, água e chás; quatro horas sem ingerir leite materno; seis horas sem ingerir leite não humano ou fórmulas, seis horas sem comer refeições leves e oito horas de jejum para alimentos de modo geral.

Para a internação do paciente com necessidades especiais para tratamento odontológico sob anestesia geral em centro cirúrgico, recomenda-se, preferencialmente, o período matutino. O paciente e seu responsável devem se apresentar na sala de internação do hospital. Em seguida, o paciente é encaminhado para o centro cirúrgico em companhia do responsável. Caso necessário, será realizada medicação pré-anestésica pelo anestesiológico 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 e o paciente é submetido ao tratamento odontológico.

Cuidados pós-operatórios:

Após a conclusão do tratamento odontológico sob AG em centro cirúrgico, o paciente é encaminhado para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). O cirurgião dentista

responsável procede o preenchimento das fichas do prontuário, descrevendo o relatório da cirurgia e as prescrições pós-operatórias. Este também deve fazer a orientação verbal e por escrito ao responsável sobre os cuidados pós-operatórios, medicamentos prescritos e marcação do retorno ao ambulatório.

Alta hospitalar:

Deve ser realizada com o paciente plenamente recuperado, após alta do anestesiológico. A alta hospitalar do paciente com necessidades especiais geralmente é concedida no mesmo dia da realização do procedimento.

Nos casos em que for necessário que o PNE seja removido para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), deverá ser acompanhado pela equipe de odontologia até sua alta hospitalar.

É importante destacar que mesmo para os pacientes com necessidades especiais que recebem tratamento odontológico sob AG 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 e nas condutas preventivas, educativas e de promoção de saúde destes pacientes.

8.1 Conduta Preventiva

- Aconselhamento dietético: a frequência e a quantidade da ingestão de alimentos cariogênicos devem ser a principal preocupação do dentista. Os responsáveis pelo paciente com necessidades especiais devem ser alertados quanto aos altos índices de sacarose, quando presentes na dieta e nos medicamentos diários. 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;
- Orientação de higiene bucal: o paciente com necessidades especiais deve ser estimulado a escovar os próprios dentes sob supervisão dos cuidadores objetivando uma remoção efetiva do biofilme. No caso dos pacientes com limitações tanto cognitivas como na coordenação motora, eles podem precisar da ajuda dos responsáveis para uma higiene bucal adequada. O dentífrico fluoretado na concentração de 1.100 ppm deve ser usado a partir do nascimento do primeiro dente, na quantidade indicada de acordo com a idade e a capacidade do paciente em cuspir. 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 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. Recomenda-se que o responsável auxilie a pessoa com deficiência que apresenta dificuldade motora ou que não saiba cuspir passando uma gaze limpa pela cavidade bucal após a escovação para remover o excesso de dentífrico e evitar sua ingestão. 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;

- Ação coletiva de escovação supervisionada: procedimento coletivo realizado por CD e/ou THD de escovação dental com ou sem evidenciação do biofilme bacteriano¹²;
- Evidenciação de placa bacteriana e orientação de higiene bucal: procedimento individual realizado por CD e/ou THD com a finalidade de evidenciar a placa bacteriana e orientar sua correta remoção¹². Controle do biofilme dentário: deve ser feito preferencialmente por meio da remoção mecânica realizada pela escovação associada ao uso diário do fio dental. O controle químico é complementar à remoção mecânica e pode ser indicado em casos específicos durante um período de tempo determinado, de acordo com a necessidade do paciente e da substância indicada pelo cirurgião dentista. A escova elétrica ou uma escova com o cabo modificado pode ser usada para facilitar o manuseio;
- Profilaxia profissional: a limpeza profissional dos dentes tem por objetivo desorganizar o biofilme dentário de todas as superfícies dentais, devendo ser realizada com o uso de pedra pomes misturada com água ou pasta profilática não oleosa. Nas superfícies lisas deverá ser utilizada a taça de borracha. Nas superfícies de sulcos, fóssulas e fissuras, escova de Robbinson e nas faces proximais, fio dental. A profilaxia também pode ser complementada com jato de bicarbonato. A frequência da limpeza profissional deverá ser definida de acordo com o risco e/ou atividade das doenças cárie e periodontal de cada paciente;
- Uso de fluoretos: o uso de vernizes com flúor é indicado para pacientes com necessidades 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;

- Selamento provisório de cavidade: procedimento individual realizado por CD e auxiliado por THD, que compreende o fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário, para fins de restauração, com o objetivo de redução da microbiota bucal associada à doença cárie. Incluem-se nesta denominação os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intrabucal, controle epidemiológico da cárie e a restauração provisória, dentre outras.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

A prática odontológica voltada para a pessoa com deficiência em nada se diferencia da clínica geral convencional. A seguir, encontra-se a descrição dos principais procedimentos que podem ser realizados pelo cirurgião dentista no atendimento a pacientes com necessidades especiais, tanto na APS quanto nos CEO em nível ambulatorial e hospitalar em centro cirúrgico sob anestesia geral.

- Tratamento Restaurador Atraumático (ART): definido como um tratamento minimamente invasivo que tem como objetivo prevenir o desenvolvimento de lesões cariosas e/ou paralisar a progressão da lesão na dentina por meio da restauração das cavidades. Consiste na remoção seletiva do tecido cariado com o uso de instrumentos manuais e na restauração com um material adesivo, preferencialmente o ionômero de vidro de alta viscosidade. Uma vez que é realizado por meio de instrumentos manuais, causa menos ansiedade ao paciente quando comparado àquele feito com uso de brocas em instrumento rotatório. A anestesia local pode ser utilizada no caso de cavidades profundas ou a critério do cirurgião dentista. O tratamento restaurador atraumático é indicado como complemento das medidas preventivas e educativas para o paciente com necessidades especiais. O ART tem como principal objetivo manter os dentes na cavidade bucal, melhorando as condições de saúde por meio da adequação do meio bucal, favorecendo o gerenciamento do comportamento (condicionamento) do paciente ao tratamento odontológico;
- Raspagem e alisamento supra/subgingivais: consiste na remoção de placa bacteriana e do cálculo dental supra e subgingivais por meio de raspagem e alisamento da superfície radicular utilizando curetas e/ou aparelho de ultrassom;
- Aplicação de cariostático: o diamino fluoreto de prata é um material que apresenta sucesso clínico comprovado, especialmente na prevenção e paralisação da cárie dentária, podendo ser um tratamento de escolha para o uso em saúde pública na prevenção de doenças bucais e redução das necessidades de atendimentos de

urgências. Possui as vantagens de ser um material de baixo custo e fácil aplicação. A desvantagem é o aspecto enegrecido dos dentes, mas o aspecto antiestético pode possuir um menor significado pois o paciente terá a sensibilidade diminuída e a patologia controlada;⁴⁴

- Aplicação de selante: selantes são materiais de vedação utilizados para preencher as depressões anatômicas dos dentes, criando uma barreira física que impedirá a retenção de restos de alimentos e de biofilme, impedindo assim, o desenvolvimento das lesões de cárie. Os materiais que podem ser usados são o selante resinoso e o selante ionomérico;
- Restauração dentária direta: é a inserção de material restaurador (amálgama, resina composta fotopolimerizável, cimento de ionômero de vidro) na cavidade de dentes decíduos e permanentes;
- Ajuste oclusal: trata-se da conduta terapêutica na qual são realizadas modificações nas superfícies dos dentes, restaurações ou próteses, por meio de desgaste seletivo ou acréscimo de materiais restauradores;
- Capreamento pulpar: aplicação de material capeador (substâncias biologicamente compatíveis com a polpa) de forma a promover estímulo tecidual e reparo pulpar. Pode ser de dois tipos: direto (quando há microexposição pulpar) ou indireto (em lesões de cárie profundas sem exposição pulpar);
- Pulpotomia dentária: remoção de tecido pulpar infectado ou inflamado da câmara pulpar, mantendo a polpa radicular vital. A técnica deve ser feita em caso de exposição pulpar devido a trauma e/ou à exposição acidental da polpa devido à remoção de tecido cariado. É mais indicada em dentes permanentes, principalmente antes do término da formação apical, e dentes decíduos;
- Acesso à polpa dentária e medicação intracanal por dente: procedimento de acesso à polpa dentária para remoção da polpa da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular (pulpectomia) e medicação intra-canal;
- Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico: medicação intra-canal curativa para prosseguimento do tratamento em outra sessão;
- Tratamento endodôntico: obturação dos canais radiculares realizada em dentes permanentes ou decíduos com polpa viva ou morta;

- Exodontia de dente decíduo e permanente: remoção cirúrgica de dentes decíduos, dentes permanentes ou restos radiculares;
- Contenção de dentes por splintagem: procedimento que consiste na fixação de um ou mais dentes com mobilidade em dentes adjacentes mais rígidos;
- Tratamento da hemorragia buco-dental: procedimento realizado com o objetivo de exercer o controle do sangramento pós-cirúrgico podendo ser necessária aplicação de meios hemostáticos locais, como antifibrinolíticos, esponja de colágeno ou fibrina com trombina, ou membrana hemostática absorvível;
- Drenagem de abscesso intrabucal: procedimento para estabelecer um meio de comunicação entre a cavidade bucal e a área patológica periapical. O objetivo principal é aliviar a dor de forma menos traumática e mais eficaz possível. A escolha é determinada pela gravidade de sinais e sintomas e da necessidade de se estabelecer uma via adequada de drenagem;
- Ulotomia/ulectomia: consiste na incisão ou remoção do tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário;
- Gengivectomia: correção cirúrgica da posição da gengiva dentária, com a reparação do espaço biológico com ou sem raspagem corono-radicular;
- Tratamento cirúrgico periodontal: cirurgia periodontal envolvendo ato cirúrgico com anestesia local, corte, raspagem, alisamento e polimento da superfície corono-radicular;
- Biópsia dos tecidos moles da boca: consiste na remoção de pequenos fragmentos de lesões de tecidos moles da boca em que é colhida uma amostra de tecidos ou células para posterior estudo em laboratório. Destina-se ao diagnóstico por meio de procedimento invasivo realizado em ambiente seguro (ou em bloco cirúrgico, se necessário), sob anestesia. A amostra de tecido para exame histológico pode ser retirada por meio de incisão, raspagem tissular, aspiração ou punção com agulha, retirando fragmentos da lesão;
- Tratamento de alveolite: indicada a curetagem e irrigação com solução salina à temperatura ambiente ou com solução anestésica para alívio da dor, acompanhada de aspiração cuidadosa do líquido. Pode-se também utilizar pastas com princípios ativos antimicrobianos e analgésicos para diminuir o desconforto do usuário e evitar que restos de alimentos se acumulem no alvéolo;

- Reimplante dentário: procedimento de redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de splintage dos dentes permanentes acometidos;
- Radiografia periapical/interproximal: consiste em exame radiológico complementar com finalidade de aprimorar o diagnóstico, verificando a presença de lesões periapicais (radiografia periapical) ou lesões de cárie dentária (radiografia interproximal), perda óssea, dentre outras doenças que se manifestam nos tecidos mineralizados dentários ou ósseos;
- Retirada de pontos de cirurgias básicas: procedimento de remoção de suturas realizado por cirurgião-dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem ou técnico de higiene dental;
- Frenotomia/frenectomia lingual ou labial: procedimento cirúrgico que visa a remoção do freio labial, lingual ou bridas, permitindo tanto a movimentação adequada da língua, necessária às atividades funcionais, quanto a movimentação ortodôntica para fechamento de diastemas;
- Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele, anexos e mucosa: procedimento no qual, após administrada anestesia local, é realizada incisão com bisturi, envolvendo a lesão a ser removida e/ou fechamento da ferida com sutura;
- Laserterapia em odontologia: tratamento de lesões bucais que utiliza o laser de baixa intensidade para oferecer alívio na dor, efeito anti-inflamatório e cicatrizante, além de ação antimicrobiana;
- Atendimento de urgência: a urgência odontológica se caracteriza por um atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são geralmente acolhidos nas UBS, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e têm sua necessidade assistencial atendida, ou podem ser encaminhados para atendimento no CEO de referência, dentro dos critérios descritos anteriormente na sessão Critérios de inclusão deste protocolo. Esse atendimento é realizado a qualquer hora do turno de trabalho, deve ser pautado pela Classificação de Risco e destina-se a qualquer pessoa⁹. Não há previsão de agenda para o atendimento às urgências, pois a própria condição é imprevisível¹². 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,

gingivoestomatite herpética, candidíase. Em muitas destas situações, o paciente com necessidades especiais poderá apresentar um quadro mais exacerbado. As urgências odontológicas podem ser classificadas em:

- 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 intelectual severa, dificuldade de manejo do comportamento, agressividade, movimentos involuntários intensos, ou nos casos de grande destruição da estrutura dental, passa-se a considerar o tratamento com o uso de estabilização física ou química, com finalidade de preservar o dente. Nos casos em que não há possibilidade destes métodos, deve-se considerar como opção a exodontia;
- Urgências periodontais: as urgências de origem periodontal tais como pericoronarites e abscessos periodontais podem ser 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;
- Urgências por traumas: as injúrias dentárias em pacientes com necessidades especiais podem acontecer em decorrência das suas condições físicas e mentais que podem promover uma diminuição dos reflexos de defesa. Déficit cognitivo, hiperatividade, convulsões, movimentos involuntários e deficiências sensoriais são condições que favorecem a ocorrência de traumas dentários. Em pacientes com encefalopatia crônica e movimentos involuntários, os traumatismos dentários ocorrem com maior frequência. 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 com necessidades 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.²⁸

É importante destacar que, dentre os procedimentos acima descritos, alguns são utilizados pelo Ministério da Saúde para monitoramento da produção nos CEO. Sendo assim, tais procedimentos devem ser corretamente alocados no boletim de produção ambulatorial (BPA) e na autorização de internação hospitalar (AIH). Nos ANEXO III e ANEXO IV estão listados os procedimentos constantes no sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos (SIGTAP) para lançamento em BPA e AIH, respectivamente.

8.3 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico pode ser um grande aliado do cirurgião dentista, podendo ser utilizado para controle da dor, do medo e da ansiedade, assim como para prevenção e/ou controle de processos infecciosos e inflamatórios. A anamnese bem dirigida e apurada associada ao exame físico minucioso guiarão a correta escolha do medicamento e tempo de tratamento adequado.^{45, 46}

A seguir, no quadro 3, encontram-se listados os medicamentos rotineiramente utilizados na Odontologia.

8.3.1 Fármaco(s)

Quadro 3: Medicamentos rotineiramente utilizados na Odontologia.

Código SES	Descritivo	Local de Acesso
90869	aciclovir comprimido 200 mg	UBS e uso Hospitalar
90870	aciclovir (sódico) po para solução injetável 250 mg frasco-ampola	uso Hospitalar
90534	ácido tranexâmico comprimido 250 mg	uso Hospitalar

90533	ácido tranexâmico solução injetável 50 mg/mL ampola 5 mL	uso Hospitalar
90703	amoxicilina + clavulanato de potássio comprimido revestido 500mg +125mg	UBS e uso Hospitalar
90702	amoxicilina + clavulanato de potássio po p/ susp	UBS e uso Hospitalar
90895	amoxicilina cápsula ou comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90881	ampicilina (sódica) po para solução injetável 500 mg frasco-ampola	uso Hospitalar
90302	ampicilina + sulbactam pó para solução injetável (2000 mg + 1000 mg)/frasco-ampola	uso Hospitalar
90106	azitromicina comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90259	azitromicina po para solução injetável 500 mg frasco-ampola	uso Hospitalar
20127	azitromicina po para suspensão oral com 900 mg para preparo de suspensão de 40 mg/mL frasco 22,5 mL	UBS e uso Hospitalar
90327	baclofeno comprimido 10 mg	Farmácia Ambulatorial do HBDF e uso Hospitalar
33608/ 90875	benzilpenicilina benzatina suspensão injetável 1.200.000 UI	UBS e uso Hospitalar
90462	butilbrometo de escopolamina comprimido ou drágea 10mg	UBS e uso Hospitalar
90461	butilbrometo de escopolamina solução injetável 20 mg/mL ampola 1 mL	UBS e uso Hospitalar
90072	carbamazepina suspensão oral 100 mg/5 mL frasco 100 mL	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar

90884	cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90885	cefalexina suspensão ou po para suspensão oral 50 mg/mL frasco 100 mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
90925	cefazolina sódica po para solução injetável 1 g frasco-ampola	uso Hospitalar
35709	ceftriaxona pó p/ sol inj 500 mg IM frasco-ampola + solução diluente	UBS
90889	ceftriaxona pó para solução injetável 1g frascoampola (via de administração IV ou IV e IM)	UBS e uso Hospitalar
90315	cefepima po para solução injetável 1 g frascoampola	uso Hospitalar
10276	ciprofloxacino solução injetável 200 mg/100 mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão	uso Hospitalar
90099	clindamicina (cloridrato) cápsula 300 mg	UBS e uso Hospitalar
90104	clindamicina solução injetável 150 mg/mL ampola 4 mL	uso Hospitalar
90973	codeína (fosfato) + paracetamol comprimido 30 mg + 500 mg	uso Hospitalar
612	codeína (fosfato) comprimido 30mg	Farmácia do Componente Especializado e Hospitalar
18561	colagenase pomada dermatológica 0,6 ui/g ou 1,2 ui/g bisnaga 30 g	UBS e uso Hospitalar
90105	dexametasona (acetato) creme 0,1 % bisnaga 10 g	UBS e uso Hospitalar

90355	dexametasona comprimido 4 mg	UBS e uso Hospitalar
33711	dexametasona solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL ampola ou frasco-ampola	UBS e uso Hospitalar
90326	diazepam comprimido 5 mg	UBS - Unidades de Referência e uso Hospitalar
90074	diazepam solução injetável 5 mg/mL ampola 2 mL	uso Hospitalar
90062	dipirona solução oral 500 mg / mL frasco 10 mL	UBS e uso Hospitalar
90063	dipirona solução injetável 500 mg/mL 2 mL	UBS e uso Hospitalar
90948	doxiciclina comprimido 100 mg	UBS e uso Hospitalar
24309	eritromicina (estolato) suspensão oral 50 mg/mL frasco com no mínimo 60mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
10275	fluconazol solução injetável 2 mg/mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão	uso Hospitalar
11087	ibuprofeno comprimido 600 mg	UBS e uso Hospitalar
24503	ibuprofeno suspensão oral 50mg/mL frasco gotas 30mL	UBS e uso Hospitalar
90708	metronidazol comprimido 400 mg	UBS e uso Hospitalar
90909	metronidazol (benzoil) suspensão oral 40 mg/mL frasco de 80 mL a 120 mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
10278	metronidazol solução injetável 5 mg/mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão	uso Hospitalar
90112	midazolam comprimido 15 mg	uso Hospitalar

90924	nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL frasco 50 mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
90204	omeprazol cápsula 20mg	UBS e uso Hospitalar
90203	omeprazol po injetável 40 mg frasco-ampola + diluente (ampola 10 mL)	uso Hospitalar
90949	ondansetrona solução injetável 2 mg/mL ampola 4 mL	uso Hospitalar
90950	ondansetrona comprimido 8 mg	UBS e uso Hospitalar
20060	paracetamol comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90314	paracetamol solução oral 200 mg/mL frasco de	UBS e uso Hospitalar
90286	prednisolona solução oral 3 mg/mL frasco de 100 a 120 mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
90649	prednisona comprimido 20 mg	UBS e uso Hospitalar
90761	prometazina (cloridrato) comprimido 25 mg	UBS e uso Hospitalar
90762	prometazina (cloridrato) solução injetável 25 mg/mL ampola 2 mL	UBS e uso Hospitalar
90215	tenoxicam po liofilizado para solução injetável 20 mg frasco-ampola	UBS e uso Hospitalar
90218	tramadol (cloridrato) solução injetável 50 mg/mL ampola 2 mL	uso Hospitalar

Fonte: Quadro elaborado pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.

A Relação de Medicamentos do Distrito Federal (REME-DF) contém os medicamentos selecionados e disponíveis no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A REME-DF é atualizada periodicamente e pode ser consultada no site da SES-DF: <
<https://www.saude.df.gov.br/reme-df/>>

8.3.2 Esquema de Administração

Aciclovir - comprimidos 200 mg, ministrados 5 vezes ao dia durante 5 dias;

Aciclovir (sódico) pó para solução injetável 250 mg frasco ampola. Adultos: 5 mg por kg de peso cada 8 horas, durante 5 dias; recém-natos até 3 meses de idade: 10 mg por kg de peso cada 8 horas, durante 10 dias; até 12 anos de idade: 250 mg por metro quadrado de superfície corporal a cada 8 horas, durante 5 dias;

Ácido tranexâmico comprimido 250 mg. Adultos a dose recomendada é de 15 a 25 mg/kg, isto é, 2 comprimidos de 250 mg, duas a três vezes ao dia; crianças a dose deve ser administrada de acordo com o peso corporal: 10 mg/ Kg, duas a três vezes ao dia;

Amoxicilina cápsula 500mg + clavulanato de potássio 125mg. Dose usual é de 1 cápsula de 8/8 horas por 7 a 10 dias;

Amoxicilina cápsula 500 mg. Dose usual é de 1 cápsula de 8/8 horas por 7 a 10 dias;

Amoxicilina pó para suspensão oral 250 mg/5 ml. Dose usual é de 30-50mg/kg/dia de 8/8 horas por 7 a 10 dias;

Ampicilina (sódica) pó para solução injetável 500mg. Prematuros com menos de 2,5 kg: 10 mg/kg peso corporal 2 vezes ao dia; recém-nascidos até o 5 dia: 20 mg/kg peso corporal 2 vezes ao dia; lactentes do 5 dia até o 3 mês de vida: 20 mg/kg peso corporal 3 vezes ao dia; lactentes a partir do 3 mês e crianças: 1/2 frasco de 0,5 g (0,25 g) 2 a 3 vezes ao dia; crianças maiores de 6 anos e adultos: 1 frasco de 0,5 g 3 vezes ao dia; adultos: 200-500mg a cada 6 horas;

Ampicilina + Sulbactam pó para solução injetável (2000 mg + 1000 mg) - frasco ampola (N° DCB 00738/00739/00740/00741/00742/08091/08092). A dose usual injetável varia de 1,5 g a 12 g por dia em doses divididas a cada 6 ou 8 horas até a dose máxima diária de 4 g de sulbactam. Infecções menos graves podem ser tratadas com administração a cada 12 horas. Para recém-nascidos, na primeira infância e em crianças é de 150 mg/kg/dia (correspondente a 50 mg/kg/dia de sulbactam e 100 mg/kg/dia de ampicilina) a dose usualmente administrada a cada 6 ou 8 horas de acordo com a prática usual para ampicilina;

Azitromicina comprimido 500mg. Dose recomendada é de 1 comprimido ao dia por 3 dias. Crianças: de 5 a 14 kg: 10 mg por kg de peso corporal, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças de 15 a 25 kg: 200 mg, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças de 26 a 35 kg: 300 mg, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças de 36 a 45 kg: 400 mg, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças acima de 45 kg: dose igual a de adultos;

Azitromicina pó para solução injetável 500 mg frasco ampola - 500 mg em dose única diária (= 1 vez ao dia), por via intravenosa durante 7 a 10 dias;

Azitromicina pó para suspensão oral com 900 mg para preparo de suspensão de 40 mg/ml frasco 22,5ml. Crianças de 5 a 14 kg: 10 mg por kg de peso corporal, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças de 15 a 25 kg: 200 mg, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças de 26

a 35 kg: 300 mg, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças de 36 a 45 kg: 400 mg, 1 vez por dia, durante 3 dias; crianças acima de 45 kg: dose igual a de adultos;

Benzilpenicilina Benzatina suspensão injetável 1.200.000 UI frasco ampola. Infecções estreptocócicas (grupo A) do trato respiratório superior e da pele: injeção única de 300.000 a 600.000 unidades de Benzilpenicilina Benzatina para crianças até 27 kg; injeção única de 900.000 unidades para crianças maiores; injeção única de 1.200.000 unidades para adultos;

Brometo de N Butilescopolamina comprimido ou drágea 10mg. A dose recomendada para adultos e crianças acima de 6 anos é de 1 a 2 drágeas (10-20 mg), 3 a 5 vezes ao dia;

Carbamazepina suspensão oral 100 mg/5 ml frasco 100 ml. Para a neuralgia trigeminal a dose inicial de 200 a 400 mg ao dia é aumentada gradualmente até que não haja mais dor (geralmente 200 mg, 3 a 4 vezes ao dia). A dose máxima é de 1.200 mg ao dia. Para pacientes idosos, uma dose inicial mais baixa (100 mg, 2 vezes ao dia) é recomendada;

Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500mg. Dose usual é de 1 comprimido a cada 6 horas por 7 a 10 dias;

Cefalexina suspensão oral 50mg/ml frasco. Dose usual é de 25-50mg/kg/dia de 6/6 horas por 7 a 10 dias;

Cefazolina Sódica pó para solução injetável 1 g frasco ampola. Adulto: 1 g, 30 a 60 minutos antes do início da cirurgia; crianças: prevenção de endocardite (infecção nas válvulas do coração): 25 mg por quilograma de peso corporal, 30 minutos antes do início do procedimento, por infusão intravenosa;

Ceftriaxona pó para solução injetável 1g frasco ampola (via de administração EV ou IM. Adultos e crianças acima de 12 anos: a dose usual é de 1-2 g de ceftriaxona sódica em dose única diária (cada 24 horas). Em casos graves ou em infecções causadas por patógenos moderadamente sensíveis, a dose pode ser elevada para 4 g, uma vez ao dia; recém-nascidos, lactentes e crianças (15 dias até 12 anos): dose única diária de 20-80 mg/kg; para crianças de 50 kg ou mais, deve ser utilizada a posologia de adultos. Doses intravenosas maiores ou iguais a 50 mg/kg de peso corpóreo devem ser administradas por períodos de infusão iguais ou superiores a 30 minutos. Duração do tratamento: o tempo de tratamento varia de acordo com a evolução da doença. Como se recomenda na antibioticoterapia em geral, a administração de ceftriaxona sódica deve ser mantida durante um período mínimo de 48 a 72 horas após o desaparecimento da febre ou após obter-se evidências de erradicação da bactéria;

Cefepima pó para solução injetável 1g frasco ampola. Adultos e adolescentes: infecção da pele e dos tecidos moles (moderada a grave) - 2 g, via intravenosa, cada 12 horas, por 10 dias; crianças (2 meses até 16 anos de idade): 50 mg por kg de peso, via intravenosa, cada 12 h, por 10 dias;

Ciprofloxacino solução injetável 200 mg/100 ml bolsa ou frasco 100 ml Sistema Fechado de Infusão. Adultos: 200 a 400 mg cada 12 horas; crianças: uso não recomendado até os 18 anos (risco potencial de doença articular);

Clindamicina (cloridrato) cápsula 300 mg. Dose diária recomendada é de 600-1.800 mg, dividida em 2, 3 ou 4 doses iguais;

Clindamicina solução injetável 150 mg/ml ampola 4 ml. Uso em adultos: via parenteral (administração IM = Intramuscular ou EV = Endovenosa). Para infecções intraabdominais, infecções da pele e outras complicações ou infecções graves, a dose usual diária de fosfato de clindamicina é 2400 – 2700 mg em 2, 3 ou 4 doses iguais; infecções mais moderadas causadas por microorganismos sensíveis podem responder com 1200 – 1800 mg por dia, em 3 ou 4 doses iguais. Doses diárias maiores que 4800 mg foram usadas com sucesso. Doses únicas IM maiores que 600 mg não são recomendadas. Uso em crianças (com mais de 1 mês de idade): via parenteral (administração IM = Intramuscular ou EV = Endovenosa): 20 – 40 mg/kg por dia em 3 ou 4 doses iguais;

Codeína (Fosfato) + Paracetamol comprimido 30 mg + 500 mg - 1 comprimido a cada 4 horas;

Dexametasona comprimido 4mg. Dose inicial usual varia de 0,75 a 15 mg por dia, dependendo da doença que está sendo tratada;

Dexametasona solução injetável 4 mg/ml 2,5 ml ampola ou frasco ampola. Adultos: a dose varia geralmente entre 0,75 e 8 mg por dia, divididos em 2 ou 4 doses; crianças: 0,02 a 0,3 mg por kg de peso por dia (ou 0,6 a 9 mg por metro quadrado de superfície corporal por dia), divididos em 3 ou 4 doses;

Diazepam comprimido 5 mg. Em adultos utiliza-se 1 comprimido, 60 minutos antes do procedimento;

Diazepam solução injetável 5 mg/ml ampola 2 ml. As doses usuais diárias recomendadas para adultos e adolescentes variam de 2 a 20mg IM ou IV, dependendo do peso corporal, indicação e gravidade dos sintomas. Crianças: a dose usual de Diazepam varia de 0,1-0,3mg/kg por dia;

Dipirona sódica solução oral 500mg/ml. Dose usual em adultos é de 20 a 40 gotas em administração única ou até o máximo de 40 gotas, 4 vezes ao dia;

Dipirona Sódica injetável 500mg/ml ampola (2ml) - ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir;

Doxiciclina comprimido 100 mg. Dose recomendada é de 1 comprimido de 12/12 horas por 7 a 10 dias;

Eritromicina (Estolato) suspensão oral 50 mg/ml frasco com no mínimo 60 ml com doseador. Adultos: a dose usual é de 250 mg a cada 6 horas. Esta dose poderá ser aumentada até 4 g ou mais ao dia, de acordo com a gravidade da infecção, e a orientação do seu médico;

crianças: idade, peso e gravidade da infecção são fatores importantes na determinação da dose adequada. O esquema usual é de 30 a 50 mg/kg/dia, em doses divididas. Para infecções mais graves, esta dose poderá ser dobrada. Se for indicada a administração de duas doses ao dia, seja em adultos ou crianças, a metade da dose total diária deverá ser dada a cada 12 horas. A administração duas vezes ao dia não é recomendada quando doses maiores que 1 g diário são usadas;

Fluconazol cápsula 150 mg - 1 dose oral (engolida) única por semana de 150 mg, em geral por 2 a 4 semanas, mas em alguns casos pode ser necessário um tratamento de até 6 semanas;

Fluconazol solução injetável 2 mg/ml bolsa ou frasco 100 ml Sistema Fechado de Infusão. Adultos: candidíase oral: 200 mg no primeiro dia; a seguir: 100 mg, em dose única diária, durante pelo menos 2 semanas; crianças: candidíase oral (a partir dos 6 meses de idade): 3 mg por kg de peso, em dose única diária, durante pelo menos 2 semanas; criança com menos de 6 meses de idade: doses não estabelecidas;

Ibuprofeno 600 mg comprimidos. Dose recomendada é de 600 mg, via oral, 3 a 4 vezes ao dia, podendo ser ajustada de acordo com o quadro clínico do paciente, não devendo, porém, ultrapassar o limite máximo de 3.200 mg/dia;

Ibuprofeno suspensão oral 50mg/ml frasco gotas 30ml. Posologia recomendada para crianças a partir de 6 meses é de 1 a 2 gotas/kg de peso, em intervalos de 6 a 8 horas, não excedendo o máximo de 40 gotas por dose (200 mg) e 160 gotas (800 mg) num período de 24 horas. Em adultos a posologia habitual do ibuprofeno 50 mg/ml é de 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas. A dose máxima permitida por dia em adultos é de 640 gotas (3.200 mg);

Metronidazol 400 mg comprimidos. Ministrado de 08/08h durante 07 dias;

Metronidazol solução injetável 5 mg/ml bolsa ou frasco 100 ml Sistema Fechado de Infusão 500 mg de 8/8h administrado em 20 minutos por 05 a 07 dias. Em crianças 7,5 mg/kg de 8/8 h por 05 a 07 dias;

Midazolam comprimido 15 mg (N° DCB 05937/05938). Tomar 01 a 02 comprimidos, meia hora antes do procedimento;

Nistatina solução oral/suspensão oral 100.000 UI/ml, frasco 50 ml. Bochechos diários 4 vezes ao dia, durante 14 dias; Para crianças e adultos, a dose varia de 1 a 6mL (100.000 a 600.000 UI de nistatina) quatro vezes ao dia. A fim de evitar recidivas, o esquema posológico deve ser mantido no mínimo por 48 horas após o desaparecimento dos sintomas e da negatificação das culturas. Se os sinais e sintomas piorarem ou persistirem (após o 14º dia do início do tratamento) o paciente deverá ser reavaliado e considerar-se uma terapia alternativa.

Omeprazol cápsula 20 mg. Adultos: 20 mg uma vez ao dia, antes do café da manhã;

Omeprazol pó injetável 40 mg frasco ampola + diluente (ampola 10 ml) - administração intravenosa de 40 mg de omeprazol sódico, uma vez ao dia;

Ondansetrona comprimido 8 mg – 1 comprimido a cada 12 horas por um máximo de 5 dias;

Paracetamol 500 mg comprimidos. Dose usual recomendada é de 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes ao dia. A dose diária total recomendada de paracetamol é de 4000 mg, não excedendo 1000 mg/dose, em intervalos de 4 a 6 horas, em um período de 24 horas;

Paracetamol solução oral 200 mg/ml frasco 15 ml. Dose usual é de 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia. A dose diária máxima de paracetamol é de 4000 mg (275 gotas) administrada em doses fracionadas, não excedendo a dose de 1000 mg/dose (55 gotas) com intervalos de 4 a 6 horas, no período de 24 horas;

Prednisolona solução oral 3 mg/ml frasco de 100 a 120 ml com doseador (N° DCB 11189). A dose pediátrica de 0,14 a 2mg/kg de peso por dia, administrados de 3 a 4 vezes por dia;

Prednisona comprimido 20 mg (N° DCB 11189). A dose inicial de Prednisona para adultos pode variar de 5 mg a 60 mg diários, dependendo da doença em tratamento;

Prometazina (Cloridrato) comprimido 25 mg (N° DCB 07431) - 2 a 6 comprimidos por dia. Esta dose deve ser dividida em duas, três ou quatro vezes, reservando-se a maior fração para a noite. O comprimido de Cloridrato de Prometazina deve ser administrado com líquido, por via oral;

Prometazina (Cloridrato) solução injetável 25 mg/ml ampola 2 ml (N° DCB 07431) - para o tratamento do quadro agudo varia entre 25 a 50 mg intramuscular profunda, sendo que a dose não deve exceder 100 mg/dia;

Tenoxicam 20 mg comprimido e pó liofilizado para solução injetável. Dose única diária de 20 mg;

Toxina Botulínica tipo A de Clostridium botulinum 500 U pó liofilizado para solução injetável frasco ampola. Uso de 03 em 03 meses para tratamento de distopias focais e espasmo hemifacial, e espasticidade. 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 distopias focais e espasmo hemifacial, e espasticidade. Aplicar 50U IM;

Tramadol (Cloridrato) solução injetável 50 mg/ml ampola 2 ml (N° DCB 08807). Adultos 50 mg - 100 mg de Cloridrato de Tramadol a cada 4 ou 6 horas; crianças de 1 ano de idade: dose única 1-2mg/kg de peso corporal. Para crianças acima de 1 ano, a dose diária total de 8 mg de cloridrato de tramadol por kg de peso corporal ou 400 mg de cloridrato de tramadol, o que for menor, não deve ser excedida

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Os analgésicos e anti-inflamatórios são utilizados em média de 3 a 5 dias, enquanto os antibióticos podem ser administrados em média de 07 a 14 dias. 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 prescritor.⁴⁵

9. Benefícios Esperados

Dentre os benefícios desse protocolo, o principal é a melhoria da saúde bucal com repercussão na saúde geral dos pacientes com necessidades especiais. Tal melhoria é esperada por meio da padronização das ações dos profissionais de saúde que prestam assistência odontológica a esses pacientes no âmbito da SES/DF, com vistas à educação e promoção de saúde, prevenção de agravos, redução da incidência e prevalência de doenças bucais nessa população.

10. Monitorização

O cirurgião dentista tem autonomia para avaliar o paciente e elaborar um plano de tratamento individualizado, que contemplará as necessidades específicas de cada um. O número de consultas e o intervalo entre elas dependerá do estado clínico bucal e geral que o paciente apresenta, bem como da capacidade de entendimento e colaboração do usuário e de seus cuidadores, além do risco deste em desenvolver novas lesões em seu sistema estomatognático.

Serão avaliados os critérios de adesão do paciente/família/cuidadores ao tratamento, às orientações de cuidados em domicílio quanto a dieta não cariogênica e a higiene bucal, a capacidade de controle do biofilme dentário, bem como critérios individuais relacionados à parafunções do sistema estomatognático e uso de medicamentos relacionados ao maior risco do desenvolvimento ou agravamento de doenças bucais.

Com base na adesão aos critérios de avaliação, pacientes que apresentam um controle adequado das doenças bucais e conseqüente manutenção da saúde, deverão receber manutenção do cuidado conforme o plano de tratamento odontológico individual inicialmente proposto. Pacientes com baixa adesão poderão ter aumento da frequência das consultas programadas a fim de alcançar o controle das doenças bucais, assim como redução no intervalo entre as consultas de tratamento e de acompanhamento pós-tratamento.

É importante destacar que, em casos de pacientes/famíliares/cuidadores que não aderiram ao tratamento, mesmo após orientados ao risco de agravamento da saúde bucal e geral, faz-se necessário o acionamento da equipe multidisciplinar, necessitando às vezes da intervenção de médicos, psicólogos, assistente social e/ou conselho tutelar.

11. Acompanhamento Pós-tratamento

O acompanhamento será realizado preferencialmente na UBS de referência ou durante a visita domiciliar, com intervalos definidos pela estratificação de risco.¹³ Tais intervalos podem variar desde o acompanhamento bimestral até retornos anuais, a depender do risco individual de desenvolvimento das doenças bucais apresentadas por cada paciente. O objetivo é que as equipes da Atenção Primária reavaliem o paciente e, caso julguem necessário, encaminhem o mesmo para atendimento especializado, estabelecendo a integralidade do cuidado.¹² O paciente que concluiu o tratamento na atenção especializada que não tenha condições de ser atendido na atenção básica, de acordo com o julgamento do cirurgião dentista do CEO, poderá receber consultas de acompanhamento no próprio centro de especialidades, de acordo com a Nota Técnica SEI-GDF nº 24 de 19 de outubro de 2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO.²¹

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 e/ou cuidadores;
- Condição econômica e social do grupo familiar.

12. Termo de Esclarecimento e responsabilidade – TER

Vide ANEXO II.

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação, o controle e a avaliação serão realizados por meio dos dados coletados pela Gerência de Serviços de Odontologia em cada unidade de saúde da SESDF, mensalmente, nos prontuários eletrônicos e sistemas de informação utilizados, a saber, e-SUS, sistema nacional de regulação de vagas (SISREG) e Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) vigentes atualmente.

O cirurgião dentista da atenção primária à saúde deverá informar no prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do e-SUS, marcando no campo próprio, o atendimento odontológico do paciente com necessidades especiais, bem como deverá manter o PEC atualizado quanto às consultas e procedimentos realizados no tratamento odontológico destes pacientes. Nos casos em que for necessário o atendimento do PNE no CEO, o dentista da atenção primária à saúde deverá incluir a solicitação da consulta especializada no SISREG,

com base nos critérios de encaminhamento definidos neste protocolo e nas notas técnicas vigentes.

O cirurgião dentista regulador será responsável pela regulação das vagas ofertadas para o atendimento odontológico do PNE nos CEOs da SESDF de acordo com os critérios de classificação de risco definidos nas notas técnicas vigentes da regulação.

Os atendimentos realizados nos CEO serão monitorados levando em consideração a produção mínima mensal definida pela Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011 do MS.⁴⁷ É definida a produção mínima mensal de 80 procedimentos básicos por mês, no total, para os CEO tipo 1; 110 procedimentos básicos por mês, no total, para os CEO tipo 2; e 190 procedimentos básicos por mês, no total, para os CEO tipo 3, referente aos códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;

0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;

0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

O § 1º da Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011 do MS define ainda que, para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos nos CEO, é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.⁴⁷

14. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf> Acessado em: 08/08/2020
2. 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.
3. BRASIL. Decreto nº 3.296, de 16 de dezembro de 1999. Publicado no D.O. DE 17/12/1999, P. 85. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3296rep.htm> Acesso em: 05/06/2021
4. BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Publicado no D.O.U. DE 03/12/2004, P. 5. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>
5. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA.. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Publicado no D.O.U de 07/07/2015, pág. nº 2. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> Acesso em: 30/05/2021
6. BRASÍLIA. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Perfil das pessoas com deficiência no Distrito Federal. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Perfil-das-pessoas-comdefici%C3%A2ncia-no-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em: 15/08/2020
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060 de 05 de junho de 2002. Brasília, DF;2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em 30/05/2021.
8. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Brasília, DF; 2012. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acessado em: 30/05/2021.
9. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.(Origem: Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012), Brasília, DF, 2017. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html> Acessado em: 30/05/2021.

10. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 599 de 23 de março de 2006. Brasília, DF; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006.html> Acessado em 30/05/2021.

11. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 1032 de 05 de maio de 2012. Brasília, DF; 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html> Acessado em: 30/05/2021

12. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO 22/2001. Disponível em: <<http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2002/25>>. Acessado em: 22/09/2020.

13. DISTRITO FEDERAL, 2018. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal: Organização da rede de Atenção a Saúde Bucal. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>>. Acessado em: 30/05/2021.

14. BASTOS E. B. Plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência: análise panorâmica da rede de atenção à saúde bucal, na região de saúde da grande Florianópolis/SC. 165p. Dissertação (mestrado em odontologia em saúde coletiva) -Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/203903/TCR%20CORRIGIDO.pdf?sequence=1>> Acessado em: 30/05/2020

15. CID 10. Código Internacional de Doenças. Disponível em: < <https://cid10.com.br/>> Acessado em: 03/09/2020

16. FERREIRA-NÓBILO, Naiara de Paula, Sousa, Maria da Luz Rosário de and Cury, Jaime Aparecido. Conceptualization of Dental Caries by Undergraduate Dental Students from the First to the Last Year. Brazilian Dental Journal [online]. 2014, v. 25, n. 1 [Accessed 30 May 2021], pp. 59-52. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0103-6440201302359>>. ISSN 1806-4760. <https://doi.org/10.1590/0103-6440201302359>.

17. STEFFENS, João Paulo e MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiérici. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Revista de Odontologia da UNESP [online]. 2018, v. 47, n. 4 [Acessado 30 Maio 2021], pp. 189-197. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>>. Epub Jul-Aug 2018. ISSN 1807-2577. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>.

18. BUSSADORI SK, Motta LJ, Pinto MM. Manual de protocolos clínicos empregados em odontopediatria. Universidade Nove de Julho – UNINOVE, 2017. 202 p. Santos-Pinto,

Lourdes. HMI: Hipomineralização de Molares e Incisivos/Lourdes Santos-Pinto, Camila Fragelli, José Carlos Imparato – Nova Odessa, SP. Napoleão, 2020.

19. FUJINAGA, Cristina Ide et al. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. *Audiology - Communication Research* [online]. 2017, v. 22 [Acessado 30 Maio 2021] , e1762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1762>>. Epub 08 Maio 2017. ISSN 2317-6431. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1762>.

20. FRANCO, JB, Cacita, N, Freua, KA, Ortega, KL, de Melo Peres, MPS. Treatment of drooling with scopolamine in pediatric ICU: a case series report. *Spec Care Dentist*. 2018; 38: 362– 366. <https://doi.org/10.1111/scd.12326>

21. DISTRITO FEDERAL, 2021. Nota Técnica SEI-GDF nº 24 de 19 de outubro de 2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64650/Nota+T%C3%A9cnica+24-2021.pdf> acesso em: 05/08/2022

22. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. _____. Ministério da Justiça.

23. L13466. LEI Nº 13.466, DE 12 DE JULHO DE 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

24. BRASIL, 2015, Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm; acesso em: 05/08/2022.

25. Odontologia Hospitalar: uma abordagem diferenciada na prática odontológica. *Odonto Magazine* [online]. 2011. [Acessado 30 Maio 2021]. Disponível em: <<http://www.crosp.org/noticia/ver/1266-odontologia-hospitalar-uma-abordagem-diferenciada-da-prtica-odontologica.html>

26. MANLEY MC, Skelly AM, Hamilton AG. Dental treatment for people with challenging behaviour: general anaesthesia or sedation? *Br Dent J*. 2000 Apr 8;188(7):358-60. doi: 10.1038/sj.bdj.4800480. PMID: 10816923.

27. DISTRITO FEDERAL, 2021. Nota Técnica SEI-GDF nº19 de 10 de agosto de 2021 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64650/Nota+T%C3%A9cnica+19-2021.pdf>. Acesso em: 07/08/2022

28. MEDINA, & F, Hernandez & Scagnet, Gabriela & Jorgelina, Valente & Laura, Fedelli & Marcello, Boccia. (2020). Recomendaciones para la atención odontológica de niños con discapacidad y riesgo médico durante la pandemia COVID-19. Volumen 10. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/344953179_Recomendaciones_para_la_atencion_odontologica_de_ninos_con_discapacidad_y_riesgo_medico_durante_la_pandemia_COVID-19> Acesso em: 05/06/2021

29. MAREGA, Tatiane; GONÇALVES, Alcides Ricardo; ROMAGNOLO, Fernanda- Odontologia Especial, São Paulo: Quintessence Editora, 2018. Pag, 182, 183

30. MARANHÃO, Ana Léa. Musicoterapia No Autismo. Revista Eletrônica Humanitaris. 2020; 2 (2): 97 – 106.

31. ABNT (2004). NBR 9050. Norma Brasileira de Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiência às Edificações, Espaço Mobiliário e Equipamentos Urbanos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas.

32. CALDAS JR, A. F.; MACHIAVELLI, J. L. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2013

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf> Acesso em 05/06/2021

34. VARELLIS, Maria Lucia Zarvos. O PAciente com Necessidades Especiais na Odontologia: manual prático - 3. ed.- São Paulo: Santos, 2017.

35. OLIVEIRA, A, C, B, et. al. Diretrizes de atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais em tempos de COVID-19. UFMG. 1ª ed. Belo Horizonte, 2020.

36. HADDAD, A. S. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. Livraria e Editora Santos. 2007

37. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei n.º 5081, de 24 de agosto de 1966. Publicada no D.O.U. DE 26/08/1966, P. 9843. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm> Acesso em: 07/06/2021.

38. BRASIL. Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM nº 852/1978, Publicada no D.O.U. de 7 nov 1978, Seção 1, Parte II. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1978/852_1978.pdf> Acesso em: 07/06/2021

39. BRASIL. Conselho Federal De Odontologia. Resolução CFO-32, de 04 de outubro de 2002. Disponível em: <<https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2002/32>> Acesso em: 07/06/2021.

40. BRASIL. Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM nº 1950/2010. Publicada no D.O.U., de 07 de julho de 2010, seção I, p.132. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2010/1950_2010.pdf> Acesso em: 07/06/2021.
41. BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO Nº 100 de 18 de março de 2010. Baixa normas para a prática da Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofaciais, por cirurgiões-dentistas. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União; 2010. Disponível em: <<http://www.crosp.org.br/uploads/paginas/332908a12e5f1cca55dc48230fd75e55.pdf>> Acesso em: 07/07/2021
42. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.802/2006(Publicado no D.O.U. de 01 novembro 2006, Seção I, pg. 102. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1802>> Acesso em: 07/07/2021.
43. Brasil, CFM - Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2174/2017 – Dispõe sobre a prática do ato anestésico – Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174>. Acesso em: 05/08/2022
44. MARIA, Bianca Kissy do Prado de. Diamino fluoreto de prata na cárie de mamadeira: revisão de literatura. 2020.
40. SILVA, Hewerton Luis; SILVA, Jairson José da; ALMEIDA, Luís Fernando de. Frenectomia: revisão de conceitos e técnicas cirúrgicas. Rev. Salusvita (Online), p. 139-150, 2018. Disponível em: <https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n1_2018_art_09.pdf> Acesso em 08/06/2021.
45. YAGIELA, J, A; et al. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 6ª ed. Ed. Elsevier. Rio de Janeiro, 2011.
46. LOCKHART, P, B; et al. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling. American Dental Association. JADA. Nov, 2019.
47. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Brasília, DF; 2011.

ANEXO I

 GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DIRETORIA DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE Do C.S.Nº: _____ Para: _____ GUIA DE CONSULTA	REGISTRO CLÍNICO Nº: _____	Iniciais do Nome _____	D _____	C _____	DATA DE NASC. Dia _____ Mês _____ Ano _____	Sexo 1-M/2-F
	Nome: _____ Filiação: _____ Natural: _____ End.: _____ Fone: _____					

CENTRO DE SAÚDE

ATENDIMENTO: Emergência Urgência

Queixa Principal: _____

Impressão Diagnóstica (CID): _____

Referência: _____

_____/_____/_____
Data

Carimbo e Assinatura do Médico do C.S.

HOSPITAL REGIONAL

INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

ORIENTAÇÃO DE SEGMENTO Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CONDUTA AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Primário
--	--

Terapêutica: _____

Contra Referência: _____

OBSERVAÇÃO: A nível primário, orientar a conduta de seguimento.

_____/_____/_____
Data

Carimbo e Assinatura do Médico da C.R.S.

Mod. 66.00 N.P. Gráfica Med. 20 x 28,5 cm CC. 51361

ANEXO II

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER)

Eu, _____,
CPF _____ na qualidade de responsável pelo usuário
_____, autorizo o tratamento odontológico proposto
pelo cirurgião dentista _____.

Vim a este serviço de saúde espontaneamente e tenho conhecimento que o tratamento odontológico será realizado com base nas evidências científicas vigentes, preferencialmente em nível ambulatorial. Para que isso seja possível, pode ser que, em alguns momentos, seja necessária a utilização de técnicas de gerenciamento comportamental tais como estabilização protetora, utilização de mantenedores de abertura bucal, entre outros instrumentos que auxiliem no manejo do comportamento do paciente, podendo a minha ajuda ser útil 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 em ambiente 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 e por isso me comprometo a seguir as orientações sugeridas pela equipe, administrar os medicamentos conforme forem prescritos, bem 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.

Brasília, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ANEXO III

Procedimentos para lançamento no boletim de produção ambulatorial (BPA)

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS
01.01.02.006-6	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)*
01.01.02.007-4	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)*
01.01.02.007-4	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)*
01.01.02.008-2	EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA*
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA*
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR*
03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA**
03.07.01.009-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA* *
03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO* *
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA**
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA**
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA**
03.07.01.013-9	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA**
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTARIA*
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)*
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)*
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
03.07.04.013-5	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA**
03.07.04.014-3	ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA**

03.07.04.016-0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA**
07.01.07.015-3	PRÓTESE DENTÁRIA SOBRE IMPLANTE
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABCESSO DE BOCA E ANEXOS
04.01.01.008-2	FRENECTOMIA
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO*
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE*
04.14.02.017-0	GLOSSORRAFIA
04.14.02.035-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
04.14.02.038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
04.14.02.040-5	ULOTOMIA/ULECTOMIA
03.01.01.026-9	AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA PUERICULTURA**
01.01.02.010-4	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL**
01.01.02.011-2	AÇÃO COLETIVA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL**
01.01.02.012-0	ORIENTAÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS**
03.07.03.007-5	TRATAMENTO DE LESÕES DA MUCOSA BUCAL**
03.07.01.006-6	TRATAMENTO INICIAL DO DENTE TRAUMATIZADO**
03.07.03.006-7	TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE AGUDA (GUNA)**
03.07.03.008-3	TRATAMENTO DE PERICORONARITE**
03.07.01.007-4	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)**
03.07.01.014-7	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**
03.07.01.015-5	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS**
04.14.02.043-0	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO**
03.07.04.017-8	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL COM FINALIDADE ORTODÔNTICA**
02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)**
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL**
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS

03.07.02.003-7	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO
03.07.02.004-5	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
03.07.02.005-3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES
03.07.02.006-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
03.07.02.008-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
03.07.02.009-6	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES
03.07.02.010-0	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
03.07.04.001-1	COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA
03.07.04.006-2	MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO
04.14.01.036-1	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO
04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR
04.14.02.002-2	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE

04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/DENTÁRIA
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

*** PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA MONITORAMENTO DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NO CEO CONSTANTES NA PORTARIA Nº 1.464, DE 24 DE JUNHO DE 2011**

**** PROCEDIMENTOS INSERIDOS OU MODIFICADOS PELA PORTARIA Nº 526, DE 24 DE JUNHO DE 2020**

Fonte: Tabela elaborada pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.

ANEXO IV

Procedimentos para lançamento na autorização de internação hospitalar (AIH)

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTO AIH PRINCIPAL	CID
04.14.02.041-3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	Z 74-1

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS AIH ESPECIAL
03.07.01.005-8	TRATAMENTO DE NEURALGIAS FACIAIS
03.07.02.003-7	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE DECÍDUO
03.07.02.004-5	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
03.07.02.005-3	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES
03.07.02.006-1	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
03.07.02.008-8	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR
03.07.02.009-6	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES
03.07.02.010-0	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR
03.07.02.011-8	SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR
03.07.03.003-2	RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE)
03.07.04.001-1	COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA
03.07.04.006-2	MANUTENÇÃO PERIÓDICA DE PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL
03.07.04.008-9	REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA
04.04.02.009-7	EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA
04.04.02.010-0	EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO
04.14.01.036-1	EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO

04.04.02.044-5	CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM
04.04.02.061-5	REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR
04.14.02.002-2	APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA
04.14.02.003-0	APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE)
04.14.02.004-9	CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES
04.14.02.005-7	CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR
04.14.02.006-5	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR
04.14.02.007-3	CURETAGEM PERIAPICAL
04.14.02.008-1	ENXERTO GENGIVAL
04.14.02.009-0	ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL
04.14.02.014-6	EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE
04.14.02.015-4	GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.016-2	GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE)
04.14.02.020-0	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS
04.14.02.021-9	ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO
04.04.02.067-4	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO
04.14.02.024-3	REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO)
04.14.02.027-8	REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO)
04.14.02.029-4	REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES
04.04.02.062-3	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/DENTÁRIA
04.14.01.038-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRAORAL
04.14.02.036-7	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL
04.14.02.037-5	TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE)

CÓDIGO SIGTAP	PROCEDIMENTOS AIH SECUNDÁRIA
01.01.02.006-6	APLICACAO DE SELANTE (POR DENTE)
01.01.02.007-4	APLICACAO TOPICA DE FLUOR (INDIVIDUAL POR SESSAO)
01.01.02.009-0	SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA
03.07.01.001-5	CAPEAMENTO PULPAR
03.07.01.008-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
03.07.01.009-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA*
03.07.01.010-4	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO*
03.07.01.011-2	RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
03.07.01.003-1	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
03.07.01.012-0	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA*
03.07.01.013-9	RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA*
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
03.07.02.002-9	CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO
03.07.02.007-0	PULPOTOMIA DENTARIA
03.07.03.005-9	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
03.07.04.013-5	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA*
03.07.04.014-3	ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA*
03.07.04.016-0	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA*
07.01.07.015-3	PRÓTESE DENTÁRIA SOBRE IMPLANTE
04.04.02.005-4	DRENAGEM DE ABCESSO DE BOCA E ANEXOS
04.01.01.008-2	FRENECTOMIA
04.14.02.012-0	EXODONTIA DE DENTE DECIDUO
04.14.02.013-8	EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE

04.14.02.017-0	GLOSSORRAFIA
04.14.02.035-9	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL
04.14.02.038-3	TRATAMENTO DE ALVEOLITE
04.14.02.040-5	ULOTOMIA/ULECTOMIA
03.07.03.006-7	TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE AGUDA (GUNA)*
03.07.03.008-3	TRATAMENTO DE PERICORONARITE*
03.07.01.007-4	TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (TRA/ART)*
03.07.01.014-7	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA*
03.07.01.015-5	ADEQUAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS*
04.14.02.043-0	EXODONTIA DE DENTE SUPRANUMERÁRIO*
02.04.01.021-7	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE WING)*
02.04.01.022-5	RADIOGRAFIA PERIAPICAL*

* PROCEDIMENTOS INSERIDOS OU MODIFICADOS PELA Portaria n° 526, de 24 de junho de 2020

Fonte: Tabela elaborada pelos membros do grupo de trabalho deste protocolo.