



Protocolo de Atenção à Saúde

Odontologia na Atenção Primária

Área(s): Odontologia

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

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Scielo, Pubmed, Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Protocolos da SESDF.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Atenção Primária à Saúde, unidade básica de saúde (UBS), acolhimento, odontologia, promoção de saúde, saúde bucal.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 1996 a 2020, totalizando 29 textos.

2- Introdução

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem denominado Atenção Primária à Saúde (APS) como Atenção Básica (AB), definindo-a como conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde¹. Seu objetivo é desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de

territórios definidos (adstritos), pelas quais essas equipes assumem a responsabilidade sanitária, levando-se em conta a dinamicidade da vida das populações dos territórios. Na APS, devem ser observados critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento requerem, sendo os usuários acolhidos de forma humanizada².

A APS é a porta preferencial de entrada do usuário para o sistema de saúde, além de centro de comunicação de um modelo de atenção à saúde construído na perspectiva da atenção integral na Rede de Atenção à Saúde. Deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade e próxima à vida das pessoas. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, de acordo com os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). O usuário, na perspectiva da atenção básica, deve ser considerado em sua singularidade e inserção sociocultural, em busca da produção da atenção integral².

A Estratégia Saúde da Família (ESF), tem se tornado, nos últimos anos, o principal alavancador da reorganização dos serviços de saúde na atenção primária. Tem como estratégia a reformulação do SUS, o processo de trabalho inserido no contexto do SUS e centrado na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação².

A territorialização deverá ser realizada por todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), supervisionada e pactuada com a Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS), com anuência da Superintendência da Região de Saúde com a participação do Conselho de Saúde Local ou representante da comunidade, quando possível. O usuário deverá ser cadastrado pela UBS de referência, segundo sua área de residência. A partir da territorialização da Região de Saúde e da definição do território de responsabilidade de cada UBS, deverá ser realizado o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades e potencialidades locais, para o planejamento condizente com as necessidades da população. Entendendo-se que o território é dinâmico e está em permanente transformação, faz-se necessária a atualização periódica das informações e diagnóstico de saúde da população⁴. O vínculo dos usuários é com a UBS a qual estão cadastrados que oferecerá o rol de serviços da carteira de serviço da APS além do tratamento curativo e ações educativas/preventivas, tanto para os moradores, quanto para os trabalhadores do território. Além disso, as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de Saúde Bucal (eSB) que possuem em seu território populações em situação de rua, unidades socioeducativas, unidades de acolhimento, instituições de longa permanência para idosos e unidades para outras populações em situação vulnerável, são responsáveis pela atenção à saúde humanizada, qualificada e equitativa, e por realizar o planejamento de ações juntamente com as equipes intersetoriais locais, para garantir as ações de promoção à saúde, prevenção de

agravos e assistência à saúde. Quando o tratamento do indivíduo exige uma complexidade que extrapola os recursos da APS, a eSB o encaminha para um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) a fim de realizar o exame ou tratamento especializado, por meio de inserção no Sistema de Regulação (SisReg). Após o exame ou procedimento, o usuário retorna para ser acompanhado na UBS (contra-referência)².

A conquista da saúde como direito legítimo de cidadania é um fundamento básico da APS. Os profissionais de Saúde Bucal nesse nível de atenção, convivendo com a comunidade em que atuam, podem desencadear mudanças significativas no seu território de forma que ao observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS possam planejar suas ações, com foco na intersetorialidade. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais da APS são as seguintes²:

- Planejamento de ações;
- Acolhimento humanizado;
- Saúde, promoção e vigilância à saúde;
- Trabalho interdisciplinar em equipe;
- Abordagem integral da família;
- Saúde do trabalhador.

Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na AB é necessário destacar a importância da utilização da epidemiologia. Com ela pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos¹. As UBSs desempenham papel primordial na garantia do acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população, pois representam a principal porta de entrada dos serviços e são o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde⁵.

Os profissionais lotados nas UBSs devem estar preparados para identificar as necessidades individuais dos usuários que buscam atendimento e, também, da coletividade, definindo prioridades de atendimento. É fundamental que os profissionais desenvolvam atividades de promoção de saúde, além de incentivar o autocuidado apoiado como forma de tornar o usuário protagonista de sua saúde.

A identificação de necessidades não só auxilia no processo de acolhimento do cidadão orientando a oferta de cuidado, mas também o tempo em que isso deve ocorrer. O acolhimento com identificação de necessidades tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso aos serviços de AB em saúde bucal e fortalecer a organização do processo de trabalho⁶. Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige reflexão por parte da eSF sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população realizando a escuta qualificada da demanda⁷.

Esse protocolo é documento oficial de referência do Cirurgião Dentista (CD) na APS. Dessa forma, é dever dos gestores e profissionais das eSBs a plena implantação e utilização desse documento, assim como sua divulgação para os usuários do Sistema de Saúde.

3- Justificativa

O objetivo deste protocolo é padronizar as ações dos profissionais de saúde a fim de aumentar a resolutividade na APS, otimizar o atendimento ao usuário, diminuir o número de encaminhamentos para a atenção especializada, aumentar o número de ações preventivas em saúde bucal, e orientar os profissionais acerca dos tratamentos odontológicos mais adequados a serem realizados pela atenção básica da SES/DF.

Dessa forma, por meio desse protocolo busca-se:

- Padronizar o processo de trabalho da eSB dentro da APS/SESDF;
- Orientar a conduta clínica e preventiva dos profissionais de saúde bucal da SES/DF.

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

B 00 Infecções pelo vírus do herpes (herpes simples)

B 37 Candidíase

K 00 Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes

K 01 Dentes inclusos e impactados

K 03 Outras doenças dos tecidos dentários duros

K 04 Doença da polpa e dos tecidos periapicais

K 05 Gengivite e doenças periodontais

K 06 Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes

K 07 Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)

K 08 Outros transtornos dos dentes e das suas estruturas de sustentação

K 09 Cistos da região bucal não especificados em outra parte

K 10 Outras doenças dos maxilares

K 11 Doenças das glândulas salivares

K 12 Estomatite e lesões correlatas

K 13 Celulite e abscesso na boca

K 14 Doenças da língua

S 02 Fratura do crânio e dos ossos da face

S 03 Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça

Q 38 Outras malformações congênitas da língua, da boca e da faringe

Z 01 Outros exames e investigações especiais de pessoas sem queixa ou diagnóstico relatado.

4.1 Classificação Internacional da Atenção Primaria - CIAP

D 82 Doença dentes/gengivas

D 83 Doença boca/língua/lábios

D 19 Sinais/sintomas dentes/gengivas

D 20 Sinais/sintomas boca/língua/lábios

A 97 Sem doença

A 98 Medicina preventiva/manutenção de saúde

A 99 Outras doenças gerais NE

N 92 Nevralgia trigêmeo

L 07 Sinais/sintoma mandíbula

W 78 Gestante

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico clínico é de competência do cirurgião dentista, sendo realizado por meio de anamnese, exame físico extra e intrabucal e exames complementares (radiografias odontológicas e exames laboratoriais), quando necessário.

Exame extrabucal

- Inspeção da face:

Inicialmente observa-se a face em busca de assimetrias, tumorações e lesões de pele. Ligeira assimetria facial é normal, porém uma assimetria mais pronunciada pode indicar alguma doença subjacente, congênita ou adquirida.

- Inspeção da Articulação Temporomandibular (ATM):

As ATMs são examinadas observando se há desvio da mandíbula à abertura da boca. Realizar também palpação da cabeça do côndilo (anteriormente ao meato auditivo externo) e avaliação da capacidade de abertura de boca do paciente (tipicamente 4 a 5 cm).

Exame intrabucal

- Inspeção da mucosa bucal:

Realizar palpação dos lábios. Com a boca do paciente aberta, as mucosas jugal e labial são examinadas. Com um abaixador de língua o palato duro, palato mole, úvula e orofaringe são visualizados. Tracionar a língua por sua ponta, com o auxílio de uma gaze, para visualizar as faces laterais, ventral e o assoalho bucal na busca de anormalidades.

- Inspeção dos dentes e periodonto:

Com os dentes devidamente limpos e secos, realiza-se a inspeção da forma dos dentes, alinhamento, irregularidades, mobilidade, cor e presença de placa aderente, matéria alba (bactérias mortas, restos de alimentos e descamação epitelial) e cálculo dental. Para a averiguação da estrutura do periodonto, realiza-se a sondagem periodontal.

Principais agravos em saúde bucal

Cárie dentária: resulta de interações entre as bactérias acidogênicas, substratos metabolizados pela atividade bacteriana e fatores do hospedeiro (dente e saliva). É uma doença não infecciosa, comportamental, na qual os fatores causais devem ser controlados, como a ingestão de carboidratos e a presença de biofilme¹². Com a ausência de métodos de controle da doença, o processo pode evoluir para abscessos agudos ou crônicos e comprometimento sistêmico.

Traumatismo dentoalveolar: é um problema de saúde pública com alta prevalência em crianças, com taxas de ocorrência variando entre 12,6% e 46%¹³. Os dentes mais afetados são os incisivos centrais superiores, e a fratura em esmalte foi apontada como a lesão traumática mais frequente¹⁴. Os traumatismos dentários são, usualmente, relacionados a fatores como acidentes de trânsito, colisões com objetos ou pessoas, violência, atividades esportivas e quedas¹⁵.

Doença periodontal: processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação dentário, que tem como principal determinante o biofilme dental, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro⁶.

Edentulismo: resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: precárias condições de vida, baixa oferta e cobertura dos serviços, modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência, como a perda dentária. Aplica-se tanto à perda parcial como à perda de todos os dentes⁶.

Maloclusão: a Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a maloclusão como conjunto de anomalias dentofaciais que causam deformação ou impedem a função e que, portanto, requerem tratamento. A maloclusão é a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, com índices menores apenas que a cárie dentária e a doença periodontal⁶.

Alteração de tecidos moles e câncer bucal: as principais lesões de tecidos moles são: hiperplasia fibrosa inflamatória, herpes recorrente, gengivoestomatite herpética primária, estomatite aftosa, mucocela, candidíase e queilite angular⁶. Por outro lado, os tumores malignos, incluindo os de língua, assoalho bucal, gengiva, palato e outros locais da boca, têm associação estabelecida com o hábito de fumar ou mastigar tabaco e com o consumo de álcool. No entanto, existe um subconjunto de tipos de câncer que ocorre entre os sujeitos não expostos ao fumo ou ao álcool, associado ao papiloma vírus humano (HPV)⁶.

Fluorose dentária: a fluorose dentária é o resultado da ingestão crônica de flúor durante o desenvolvimento dental, que se manifesta como mudanças visíveis de opacidade do esmalte devido a alterações no processo de mineralização¹⁶.

Erosão dental: resultado físico da perda patológica, localizada e crônica de estrutura dentária, por meio de quelação por ácidos de origem não bacteriana. Existem diversos tipos de ácidos de origem não bacteriana que podem ser o agente etiológico, o que torna essa patologia complexa¹⁷.

Dor orofacial e disfunção temporomandibular: dor orofacial refere-se à dor associada aos tecidos moles e mineralizados da cabeça e do pescoço, tendo como causas mais comuns as dores odontogênicas seguidas das disfunções temporomandibulares (DTMs). Essa disfunção é um tipo de dor orofacial definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e as estruturas associadas⁶.

Malformações congênitas: as fissuras orais (labial, labiopalatina ou palatina) destacam-se entre as alterações congênitas da boca. Essas lesões decorrem da falta de fusão dos processos nasais mediais e destes com os maxilares durante a formação do bebê. O diagnóstico pode ser feito a partir da 14ª semana de gestação, durante exames de ultrassonografia¹⁸. Podem ser: unilaterais, bilaterais, incompletas, completas, sendo classificadas com base no forame incisivo¹⁹. Para acompanhar o curso destas malformações, deve ser realizado monitoramento da ocorrência de casos e registro correto nas bases de dados.

6- Critérios de Inclusão

O usuário que procura a UBS por demanda espontânea aguda deve ser atendido e ter a sua queixa resolvida de maneira efetiva, independente do seu local de residência possuir (ou não) Equipe de Saúde Bucal de referência. Para acompanhamento longitudinal pela Equipe de Saúde Bucal na UBS, o usuário deverá ser cadastrado no eSUS na equipe da eSF de referência da eSB.

7- Critérios de Exclusão

Não se aplica por ser considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Todo usuário que procurar atendimento na APS deve ser acolhido.

Em caso de pacientes que necessitem de atendimento especializado deve-se utilizar as Notas Técnicas ou Protocolos de Regulação, para realizar o encaminhamento responsável do usuário via SisReg.

8- Conduta

O planejamento das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito da Região, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam na saúde e de acordo com a necessidade da população, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adstrito⁵.

É indispensável elaborar estratégias de atuação, priorizar as atividades, identificar as atribuições de cada um dos participantes envolvidos e definir indicadores e metas para avaliação periódica de cada ação e serviço, utilizando como norteador os problemas levantados.

É importante que todos os ciclos de vida sejam contemplados no atendimento odontológico, seja na demanda espontânea seja na programada. Importante também que em todos os dias sejam ofertadas tais demandas, espontânea e programada. Deve-se atentar para o tempo entre a marcação e o dia da consulta. Não deve ser extenso sob pena de faltas recorrentes dos pacientes. A gestão da agenda é fundamental para garantir acesso de qualidade à população. Segue abaixo sugestão de organização da agenda semanal da eSB:

Tabela 1. Sugestão de organização da agenda do CD

1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento
Consultas programadas	Ações coletivas (UBS/espacos sociais)	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
Intervalo				
Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento
Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
	Visitas domiciliares	Reunião de equipe	Visitas domiciliares	Atividade de matriciamento e educação em saúde

Fonte: BRASIL, 2017.

Sugestões para organização da agenda:

1. São recomendados o mínimo de seis atendimentos clínicos por turno (dependendo da complexidade dos procedimentos e do tempo gasto para realizá-los, esse número deverá ser maior), sendo 50% para demanda programada e 50% para demanda espontânea;
2. No turno de trabalho de prótese, recomendam-se 4 atendimentos clínicos;
3. Os casos de urgência destinam-se a **realização de procedimentos** para o alívio da sintomatologia.

4. As ações clínicas e coletivas devem ser programadas na proporção de 75% a 85% e 25% a 15%, respectivamente. Ou seja um CD de 40 horas deverá estar em atividade, fora do atendimento clínico, por no máximo 10 horas.

As ações programadas de assistência 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. A adoção desse critério, embora priorize esta situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Sugerem-se duas possibilidades para abordar a Estratificação de Risco como estratégia de planejamento a demanda programada no território adscrito^{6,11}:

- Estratificação de risco por grupos: após a territorialização com o respectivo mapeamento dos grupos de risco do território (gestantes, crianças de 0 a 3 anos, diabéticos e hipertensos, por exemplo), executa-se a estratificação de risco de uma dessas populações e planeja-se o atendimento prioritário dos classificados como alto risco daquele grupo, com menor espaço de agenda destinado aos de médio e baixo riscos dessa mesma população.

Após estabilização da condição de saúde do primeiro grupo passa-se ao próximo, e assim sucessivamente.

- Estratificação de risco por território: após a territorialização, de comum acordo com a eSF, a eSB identifica uma área vulnerável específica do território e estratifica o risco de um número limitado de famílias da área geográfica definida. Planeja-se o atendimento dos classificados como alto risco daquele território, com menor espaço de agenda destinado aos de médio e baixo riscos desta mesma região e, após estabilização da condição de saúde, passa-se à próxima área geográfica.

Terão prioridade para estratificar o risco os seguintes grupos⁶:

Gestante

A atenção à saúde bucal deve ser parte integrante do cuidado pré-natal, dado o reconhecido impacto dela na saúde geral. Melhorar a condição de saúde bucal durante a gravidez pode otimizar não somente a saúde geral da mulher, mas também contribuir na saúde do bebê⁶.

A eSB é responsável pela segurança e pelos cuidados tanto com a mãe quanto com a saúde do feto e deve tomar as precauções necessárias no atendimento odontológico conforme o trimestre de gestação. Gestantes podem e devem ser atendidas na AB, devendo ser inseridas na rotina do pré-natal para receberem consultas regulares de manutenção, controle de possíveis focos de infecção, tratamento da gengivite, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território. As gestantes podem ser atendidas em qualquer

período gestacional; ressaltando que o segundo trimestre é mais indicado para tratamento programado por ser uma fase de maior estabilidade.

Infância

Todas as crianças residentes na área de abrangência da UBS deverão ter atendimento odontológico priorizado e garantido. As possíveis vias de acesso ao atendimento do bebê e das crianças são: puericultura, escola, vacinação, atendimento com outros profissionais, demanda espontânea, ACS, dentre outras²⁰. A saúde bucal de crianças de até 12 anos deve permear todos os espaços e ações das eSFs, uma vez que há clara necessidade de compartilhar o conhecimento com todos os membros da equipe. Essas ações devem ser voltadas para a promoção, a prevenção e a proteção da saúde bucal das crianças e para a identificação e o tratamento precoce dos problemas detectados. A identificação de risco e situações de vulnerabilidade à saúde bucal da criança permitirá à equipe a execução dessas ações, possibilitando o alcance e a manutenção da saúde bucal⁶.

A eSB realizará a estratificação de risco em saúde bucal desses usuários, buscando alterações nas mucosas, malformações (ex. fissura lábio-palatina), anomalias dentárias, dente neonatal, dados familiares de interesse da saúde bucal, enfatizando o diagnóstico precoce e pré-agendamento da criança.

As ações de promoção da saúde podem ser feitas pelo CD, Técnico em Higiene Dental (THD), Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou outros profissionais da equipe multiprofissional, devidamente treinados. Devem ser acompanhados a erupção dentária, introdução da alimentação mista e cuidados com trauma dentário fazendo as devidas orientações aos responsáveis. As consultas de retorno se darão, de acordo as necessidades identificadas na estratificação de risco^{5,11}.

Atenção às doenças crônicas

- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS):

Os hipertensos podem e devem ser atendidos na AB e receber consultas programadas de recuperação, manutenção, reabilitação, orientação de dieta, controle do biofilme dental e acompanhamento no território⁶ (quadro 1).

Considerações e cuidados clínicos odontológicos⁶:

1. Acolhimento do usuário agendado para a consulta odontológica realizado preferencialmente pela eSF, com aferição de sinais vitais;
2. Realizar a monitorização dos níveis pressóricos antes dos procedimentos;
3. Evitar sessões longas e dolorosas, estresse e liberação de adrenalina endógena;

4. Pacientes com indicação devem ser protegidos por profilaxia antibacteriana;
5. Avaliar sempre o risco/benefício do procedimento odontológico para o paciente, assim como se é o momento adequado para tal;
6. Pacientes cardiopatas devem ter todo e qualquer foco infeccioso bucal eliminado e/ou prevenido.

Quadro 1. Esquema de intervenção odontológica⁶

Pressão arterial	Procedimentos que poderão ser realizados
140/90 mmHg 140 >160/90 >105 mmHg	1, 2, 3, 4, 5 e 6;
160 > 170/105 > 115 mmHg	1, 2 e 3; *Contraindicados anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico;
170 > 190/115 > 125 mmHg	1 *Demais procedimentos devem ser adiados *Contraindicados anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico.
Legenda	
Tipos de procedimento odontológico: <ol style="list-style-type: none"> 1. Exame, radiografias, instrução de higiene bucal, modelos de estudo; 2. Restaurações simples, profilaxia e ortodontia; 3. Restaurações mais complexas, raspagem, alisamento e polimento radicular (subgingival), e endodontia; 4. Extrações simples, curetagem (gingivoplastia); 5. Extrações múltiplas, cirurgia com retralho ou gengivectomia, extração de dente incluso, apicectomia, colocação de implantes simples; 6. Extrações de toda uma arcada ou boca inteira ou cirurgia com retalho, extração de dentes inclusos múltiplos, cirurgia ortognática, colocação de implantes múltiplos. 	

Fonte: Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde – MS, 2018.

- Diabetes Mellitus (DM):

O cuidado em saúde bucal para as pessoas com DM é fundamental para a manutenção dos níveis glicêmicos e deve contemplar orientação de dieta, controle do biofilme dental e acompanhamento no território pela equipe de saúde da UBS na busca pelo trabalho multiprofissional. Pacientes bem controlados, sem complicações crônicas, com boa higiene bucal e acompanhamento médico regular podem ser tratados sem necessidade de cuidados especiais, uma vez que eles respondem de forma favorável e da mesma forma que não diabéticos⁶.

Considerações e cuidados clínicos odontológicos:

Para o manejo do paciente com DM, recomenda-se:

1. Acolhimento realizado preferencialmente pela eSF do usuário agendado para a consulta odontológica, com aferição de sinais vitais, especialmente aferição da glicemia;
2. Realizar adequado e rigoroso exame clínico visando conhecer o grau e o tipo de doença, assim como estado de controle e suas comorbidades, e as manifestações clínicas da doença na cavidade bucal;
3. Agendar, preferencialmente, pela manhã;
4. Evitar o atendimento prolongado;
5. Reforçar a necessidade do uso do hipoglicemiante oral ou insulina prescritos pelo médico;
6. Instruir o paciente com DM quanto à necessidade de se alimentar e ingerir a medicação adequadamente antes da consulta odontológica, minimizando, assim, a chance de desenvolver eventos hipoglicêmicos;
7. Considerar maior suscetibilidade a infecções e doença periodontal;
8. Atentar-se para os principais sinais e sintomas no usuário com DM: poliúria, polidipsia, polifagia, glicosúria e perda de peso, pois podem indicar descompensação do quadro;
9. Avaliar o risco para a realização de procedimentos odontológicos de acordo com a glicemia aferida em jejum (quadro 2);
10. Conforme a necessidade, solicitar exames complementares de imagem e laboratoriais. Em caso de cirurgias moderadas ou extensas, solicitar: glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada (HbA1c), hemograma completo para avaliar variações quantitativas e qualitativas das hemácias, leucócitos e plaquetas, coagulograma para avaliar tempo de protrombina ativada (TP), tempo de protrombina parcialmente ativada (TTPA) e índice de normalização internacional (INR);

Quadro 2. Condutas de acordo com o risco⁶

Risco	Nível de glicose	Procedimentos que poderão ser realizados
Baixo	< 200 mg/dl	Clínicos e cirúrgicos
Moderado	200 < 250 mg/dl	Exame clínico, radiografia, restaurações, profilaxia, raspagem, polimento subgengival e endodontia. *Solicitar sempre avaliação médica
Alto	> 250 mg/dl	Se apresentar infecção dentária ativa: <ul style="list-style-type: none"> - Executar procedimento de forma mais simples possível; - Procedimentos clínicos não cirúrgicos; - Procedimentos cirúrgicos menores exigem ajuste da dose da insulina pelo médico, se for o caso; - Cirurgias maiores: além do ajuste da insulina, estudar a possibilidade de internação; - Prescrever profilaxia antibiótica.

Fonte: Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde – MS, 2018

- Atenção à pessoa com deficiência:

O acesso da pessoa com deficiência ao SUS deve acontecer como ocorre para todo e qualquer paciente, ou seja, por meio da AB. Para tanto, os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da AB, considerada um campo importante na ótica da inclusão e dos direitos de cidadania da pessoa com deficiência²¹ e, por meio da ESF, realizar uma busca criteriosa desses usuários, visando cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento.

Para promover atendimento integral e resolutivo às pessoas com deficiência que necessitem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde bucal pelo SUS, a eSB deve estar adequadamente capacitada para acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, acompanhar a evolução de cada caso. E quando necessário fazer a referência e contra referência desse usuário.

- Atenção ao paciente em internação domiciliar:

A Atenção Domiciliar (AD) será organizada em três modalidades, sendo que a determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos²²:

- ↳ Atenção Domiciliar 1 (AD 1);
- ↳ Atenção Domiciliar 2 (AD 2);
- ↳ Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

8.1 Conduta Preventiva

Um dos princípios básicos da Odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Como ações de promoção de saúde podemos citar: escovação supervisionada, orientação de higiene bucal, controle de placa, aconselhamento dietético, profilaxia profissional, uso de fluoretos e selantes.

Abaixo estão descritos os procedimentos preventivos frequentemente realizados na rede de saúde do DF, não estando, entretanto, limitados a esses procedimentos, podendo ser realizados outros de acordo com as atribuições da eSB e a carteira de serviços da APS.

- Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica: procedimento coletivo realizado por CD auxiliado por TSB, que consiste na avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos de forma a embasar o planejamento de ações a serem desenvolvidas¹¹.

- Atividade educativa/orientação em grupo: procedimento coletivo realizado por CD e/ou THD que visa orientar e promover esclarecimentos em relação ao processo saúde-doença, de modo que o usuário possa atuar com autonomia, ativamente e consciente de seu papel e da importância das suas ações⁶.

- Ação coletiva de escovação supervisionada: procedimento coletivo realizado por CD e/ou THD, sob supervisão de CD, de escovação dental com ou sem evidenciação do biofilme bacteriano⁶.

- Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel: procedimento realizado por CD ou THD, sob supervisão do CD, de aplicação tópica de flúor em gel, de acordo com a necessidade individual, utilizando-se escova dental, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação^{6,11}.

- Primeira consulta odontológica programática: procedimento individual realizado por CD, sendo a avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo–terapêutico. Implica registro das informações em prontuário⁶.

- Evidenciação de placa bacteriana e orientação de higiene bucal: procedimento individual realizado por CD e/ou THD, sob supervisão do CD, com a finalidade de evidenciar a placa bacteriana e orientar sua correta remoção^{6,11}.

- Aplicação tópica de flúor: procedimento individual realizado por CD e/ou THD, sob supervisão do CD, de aplicação tópica de flúor na forma de gel ou na forma de verniz, podendo usar pinceis, escova dental, moldeira e outras formas de aplicação, com a finalidade de prevenir e/ou remineralizar os dentes com ou sem lesões de cárie. O número de sessões deve ser definido segundo padrões técnico-científicos de abordagem do caso⁶.

- Aplicação de selante: procedimento individual realizado por CD e/ou THD, sob supervisão do CD, de aplicação de material selador por dente em pontos, sulcos e fissuras, realizado com finalidade preventiva das lesões de cárie²³.

- Selamento provisório de cavidade: procedimento individual realizado por CD, o qual 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. Incluem-se nessa 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

Além dos procedimentos mais frequentes, destacados abaixo, poderão ser acrescentados outros de acordo com a demanda do território e com a possibilidade de execução na UBS. As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão, contudo, considerar a Carteira de Serviços da APS.

- Raspagem e alisamento supra/subgingivais: remoção de placa bacteriana e cálculo dental supra e subgingivais por meio de raspagem e alisamento da superfície radicular utilizando curetas e/ou ultrassom⁶.

- Capecamento 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 profunda sem exposição pulpar²⁴).

- 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 à presença de tecido cariado e é mais indicada em dentes permanentes, principalmente antes do término da formação apical, e dentes decíduos⁶.

- Acesso à polpa dentária e medicação intracanal por dente: procedimento individual realizado por CD de acesso à polpa dentária para remoção da polpa da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular (pulpectomia) e medicação intracanal.

- Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico: medicação intracanal curativa para prosseguimento do tratamento em outra sessão.

- Restauração dentária direta: inserção de material restaurador na cavidade de dentes decíduos e permanentes.

- Tratamento restaurador atraumático: 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 de cárie com o uso de instrumentos manuais e restauração com um material adesivo, preferencialmente o ionômero de vidro de alta viscosidade. A anestesia local pode ser utilizada no caso de cavidades profundas, porém como é realizado por meio de

instrumentos manuais causa menos ansiedade ao paciente quando comparado àquele feito com uso de brocas^{25,26}.

- Exodontia de dente decíduo e permanente: remoção cirúrgica de dentes decíduos, dentes permanentes ou raízes residuais.

- Tratamento da hemorragia bucal: procedimento realizado com o objetivo de exercer o controle do sangramento pós-cirúrgico podendo ser necessária aplicação de meios hemostáticos locais como: compressão do local, sutura em massa, utilização de antifibrinolíticos, esponja de colágeno ou fibrina, trombina ou membrana hemostática absorvível dentre outros⁶.

- Drenagem de abscesso: procedimento para estabelecer uma via de drenagem para a coleção purulenta. 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 drenagem²⁷.

- Ulotomia/ulectomia: consiste na incisão/remoção do tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário²⁸.

- Frenotomia: intervenção cirúrgica bucal de menor porte, realizada por meio do uso de instrumento cortante, em neonatos ou em bebês. Consiste na realização do corte da pequena porção de membrana mucosa (frênulo lingual) existente na base da língua do bebê.

- 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 alvéolo²⁹.

- Reimplante dentário: procedimento de redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de *splintagem* dos dentes acometidos.

- Retirada de pontos de cirurgias básicas: procedimento de remoção de suturas. Realizado por CD ou THD, sob supervisão do CD.

8.3 Tratamento Farmacológico

8.3.1 Fármaco(s)

Quadro 3. Código/descrição dos fármacos/dispensação

Código	Descrição	Farmácia
90869	Aciclovir comprimido 200mg	UBS e uso hospitalar
90895	Amoxicilina cápsula ou comprimido 500mg	UBS e uso hospitalar
90896	Amoxicilina pó para suspensão oral 250mg/ml - Frasco 150ml com doseador	UBS e uso hospitalar
90702	Amoxicilina + Clavulanato de Potássio pó p/ susp. oral 50mg/ml + 12,5 mg/ml - Frasco 75 ou 100 ml	UBS e uso hospitalar
90106	Azitromicina comprimido 500mg	UBS e uso Hospitalar
90884	Cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500mg	UBS e uso Hospitalar
90885	Cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50mg/ml - Frasco 100ml com doseador	UBS e uso Hospitalar
90099	Clindamicina (Cloridrato) cápsula 300mg	UBS e uso Hospitalar
90355	Dexametasona comprimido 4mg	UBS e uso Hospitalar
90062	Dipirona solução oral 500mg/ml - Frasco 10ml	UBS e uso Hospitalar
90948	Doxiciclina drágea ou comprimido revestido 100mg	UBS e uso Hospitalar
24309	Eritromicina (Estolato) suspensão oral 50mg/ml - Frasco no mínimo com 60ml, com doseador	UBS e uso Hospitalar
11087	Ibuprofeno comprimido 600mg	UBS e uso Hospitalar
24503	Ibuprofeno suspensão oral 50mg/ml - Frasco gotas 30ml	UBS e uso Hospitalar
90708	Metronidazol comprimido 400mg	UBS e uso Hospitalar

90909	Metronidazol (Benzoil) suspensão oral 40mg/ml - Frasco 80ml - 120ml com doseador (*Aguardar avaliação)	UBS e uso Hospitalar
90924	Nistatina suspensão oral 100.000UI/ml - Frasco 50ml com doseador	UBS e uso Hospitalar
20060	Paracetamol comprimido 500mg	UBS e uso Hospitalar
90314	Paracetamol solução oral 200mg/ml - Frasco 15ml	UBS e uso Hospitalar

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

8.3.2 Esquema de Administração

Quadro 4. Posologia/administração dos fármacos

Fármaco		Administração
Drágeas / Comprimidos	Solução/Suspensão Oral	
Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg	Pó para suspensão oral 250mg + 62mg/5ml	8 em 8 horas, durante 7 dias
Amoxicilina 500 mg	Pó para suspensão oral 250mg/5ml – frasco 150 ml	8 em 8 horas, durante 7 dias
Cloridrato de Clindamicina 300 mg	-----	8 em 8 horas, durante 7 dias
Azitromicina 500mg	-----	1 vez/dia, durante 3 dias
Eritromicina 250mg	-----	6 em 6 horas, durante 7 dias
Cefalexina 500mg	Pó para suspensão oral 250mg/5ml	6 em 6 horas, durante 7 dias
Metronidazol 400mg		8 em 8 horas, durante 7 dias
Paracetamol 500mg	Solução oral 200mg/ml	6 em 6 horas, durante 7 dias
Ibuprofeno 600mg	Solução oral 50mg/ml	8 em 8 horas, durante 7 dias
Dipirona sódica 500mg	Solução oral 500mg/ml	6 em 6 horas, durante 7 dias
----	Nistatina suspensão oral 100.00UI/ml – frasco 50ml	Bochechos diários, 4 vezes/dia, durante 14 dias
Aciclovir 200mg		5 vezes/dia, durante 5 dias

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

Para que o usuário tenha acesso aos medicamentos nas farmácias das UBSs da SES-DF é necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- Receita válida e legível em 2 vias contendo:
 - Identificação da Unidade de Saúde responsável pela emissão da prescrição ao usuário;
 - Nome completo do usuário;
 - Nome do medicamento, pela Denominação Comum Brasileira (DCB);
 - A concentração, a forma farmacêutica, a posologia e a quantidade do medicamento (em algarismos arábicos) suficiente para o tratamento prescrito;
 - Duração do tratamento;
 - Data da emissão;
 - Assinatura do prescritor e carimbo contendo nome completo e número de inscrição no respectivo Conselho Regional de Classe.
- Documento de identificação do paciente com foto, original ou cópia, salvo para menor de idade ao qual será permitida apresentação de Certidão de Nascimento e/ou;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Identificação SES/DF do paciente.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tempo de uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos deverá ser individualizado podendo variar de acordo com o caso clínico apresentado e será determinado pelo profissional responsável pelo atendimento.

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

9- Benefícios Esperados

Dentre os benefícios do uso deste protocolo, objetiva-se aumentar as ações preventivas e prevenir os agravos em saúde bucal, oferecer tratamento clínico resolutivo sempre que necessário. Assim, espera-se reduzir os índices de cárie dentária e a incidência de doença periodontal avançada, realizar o diagnóstico precoce do câncer bucal, diminuir a incidência de infecções de origem odontogênica e as consequentes internações, diminuir o número de atendimentos emergenciais e assim melhorar a qualidade de vida do paciente.

10- Monitorização

Deverá ser realizada pelo acompanhamento da execução das ações implementadas por meio de análise de indicadores, definidos pelo MS e pela SES/DF e das condições de saúde da população. A avaliação deverá ser um processo sistemático com o objetivo de avaliar trajetórias definidas indicando, se necessário, mudanças de conduta para atingir os resultados esperados. As eSBs deverão utilizar o eSUS, sistema eletrônico de informação, adotado pela SES/DF, para registro das ações realizadas. Os dados deverão ser analisados regularmente para ajudar no planejamento e na tomada de decisão para novas ações em saúde.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

O acompanhamento será realizado na UBS de referência ou durante a visita domiciliar (atendimento domiciliar), de acordo com o risco individual de cárie e/ou doença periodontal, a ser definido pelo CD. Quando o usuário conclui seu tratamento, ele já sai da UBS com o retorno programado, definido de acordo com o risco individual. Aqueles que vêm se mantendo saudáveis devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado na UBS de referência uma vez ao ano.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

ANEXO 1.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O monitoramento, controle e avaliação das atividades refletir-se-ão em dados que serão coletados em cada unidade de saúde da SES-DF e analisados de forma mensal por meio do site InforSaúde (<https://info.saude.df.gov.br/>). Após análise dos resultados, relatórios trimestrais de monitoramento da produtividade das eSB serão realizados e enviados para as regionais de saúde.

14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento 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).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES- DF - CPPAS Página 21 Ministério da Saúde, 2012. 110 p. – (Série E. Legislação em Saúde).
3. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):131-138, 2004.
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>
4. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Portaria no. 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial da União*. 14 fev 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.*
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).*
8. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) [acesso em 06 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>.
9. Organização Mundial de Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
10. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians *Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família); Consultoria, supervisão*

e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009. 200 p.

11. Secretaria de Saúde do Distrito Federal [homepage na internet]. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal. Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal [Acesso em 13 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>.
12. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D, et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Adv Dent es.* 2016;28(2):58-67.
13. Damé-Teixeira N, Alves LS, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators. *Dent Traumatol.* 2013; 29(1):52-58
14. Schuch HS, Goettems ML, Correa MB, Torriani DD, Demarco FF. Prevalence and treatment demand after traumatic dental injury in South Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2013; 29:297–302.
15. Andreasen JO, Bakland LK, Matras RC, Andreasen FM. Traumatic intrusion of permanent teeth. Part 1. An epidemiological study of 216 intruded permanent teeth. *Dent Traumatol.* 2006; 22:83–9.
16. Moseley R, Waddington R, Sloan AJ, Smith AJ, Hall RC, Embery G. The influence of fluoride exposure on dentin mineralization using an in vitro organ culture model. *Calcif Tissue Int.* 2003; 73(5): 470-5 .
17. Meurman JH, Ten Cate JM. Pathogenesis and modifying factors of dental erosion. *Eur J Oral Sci.* 1996; 104(2):199-206.
18. Paranaíba LM, de Almeida H, de Barros LM, Martelli DRB, Orsi Júnior JD, Martelli Júnior H. Reabilitação cirúrgica de fissuras lábio-palatinas, no estado de Minas Gerais, Brasil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75(6): 839-43.
19. Mossey PA, Shaw WC, Munger RG, Murray JC, Murthy J, Little J. Global oral health inequalities: challenges in the prevention and management of orofacial clefts and potential solutions. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):247-58
20. LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde/ Eni do Carmo de Souza, Marcos André da Silva, et al – 2. ed. – Londrina: SMS. 2016. 434 p.
21. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(28):177-88.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União. 25 abr 2016.
23. Cabral RN, Faber J, Otero SAM, Hilgert LA, Leal SC. Retention rates and caries-preventive effects of two different sealant materials: a randomised clinical trial. *Clin Oral Investig*. 2018; 22(9):3171-77.
24. Defino CS, Ribeiro C, Vieira GF, Bressiani HAA, Turbino ML. Uso de novos materiais para o capeamento pulpar (hidroxiapatita- HAp e fosfato tricálcico- β -TCP). *Cerâmica*. 2010; 56(340):381-88.
25. Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. *Brazilian Dental Journal*. 2017; 223(3):183–189.
26. Leal S, Bonifacio C, Raggio D, Frencken J. (2018). Atraumatic Restorative Treatment: Restorative Component. *Monographs in Oral Science*. 2018; 27:92–102.
27. Souza-Filho FJ, Gomes BPFA, Ferraz CCR, Teixeira FB, Zaia AA. Drenagem de abscessos periapicais. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Endodontia e Trauma*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. 113-31.
28. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 9ª ed. São Paulo: Santos; 2003.
29. Meyer ACA, Lima JRS, Nascimento RD, Moraes MB, Tera TM, Raldi FV. Prevalência de alvolite após a exodontia de terceiros molares impactados. *RPG* 2011; 18(1):28- 32.

ANEXO 1

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Por este instrumento particular, declaro para efeitos éticos e legais que eu, _____, CPF _____ ou eu _____, CPF _____

responsável legal por, recebi todas as informações e esclarecimentos a respeito do(s) procedimento(s) clínico(s) e cirúrgico(s) a que vou me submeter e estou de acordo com o planejamento proposto (ação de promoção de saúde, procedimentos preventivos, exame clínico, restauração, remoção de cálculo, exodontia, acesso aos canais, entre outros).

Declarei ao (à) Cirurgião (ã) Dentista - CD todas as informações relevantes sobre minha saúde física e mental, incluindo reações alérgicas, doenças pré-existentes, uso de medicações ou qualquer outra condição em relação à minha saúde. Responsabilizo-me caso tenha omitido alguma informação por esquecimento ou livre e espontânea vontade. O (a) CD avisou-me que minha condição bucal atual poderá piorar se eu não der prosseguimento ao tratamento dentário proposto.

Foi explicado pelo (a) CD que existem riscos potenciais em qualquer tratamento ou procedimento clínico e/ou cirúrgico e que, em algumas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem: desconforto pós-operatório e edema (inchaço) que podem durar alguns dias, sangramento prolongado, hipersensibilidade dentinária, injúrias e/ou fraturas aos dentes, próteses ou restaurações adjacentes; estiramento da comissura labial (“canto da boca”), com conseqüente laceração (corte) e/ou equimose (manchas roxas na pele), infecção pós-operatória que pode exigir tratamentos adicionais, restrição (dificuldade) de abertura da boca no período após a cirurgia, injúria (dano/lesão) ao nervo subjacente (próximo) aos dentes, resultando em parestesia (dormência e/ou formigamento) de lábio, queixo, bochecha, gengiva, dentes e/ou da língua do lado operado, que pode persistir por semanas, meses ou, em raras circunstâncias, permanentemente. Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante o procedimento, confio no julgamento do (a) CD para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados.

Eu solicito e autorizo que seja realizado o que for aconselhável/indicado. Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e que minhas dúvidas foram esclarecidas.

Brasília- DF, ____ de _____ de 20__.

Usuário ou responsável legal

Cirurgião (ã) Dentista