



Protocolo de Atenção à Saúde

Estomatologia

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

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

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Lesões elevadas da mucosa bucal, lesões ulceradas, lesões intra-ósseas, manifestação bucal de doenças sistêmicas, alterações de cor da mucosa bucal, carcinoma espinocelular de boca, alterações do desenvolvimento das estruturas do sistema estomatognático.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 2006 a 2021, totalizando 36 textos.

2- Introdução

A Estomatologia é a especialidade da Odontologia que tem como objetivo a prevenção, diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças do complexo maxilomandibular, manifestações bucais de doenças sistêmicas e das repercussões bucais do tratamento antineoplásico.¹

A promoção e a execução de procedimentos preventivos em nível individual e coletivo na área de saúde bucal têm início com uma anamnese criteriosa, seguida da realização ou

solicitação de exames complementares necessários a um adequado diagnóstico. Para isso, o cirurgião dentista é o profissional habilitado nos três níveis de atenção à saúde.²

Na SES-DF, o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) está organizado em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que atendem as áreas de abrangência de acordo com a localização dentro das sete Regiões de Saúde do Distrito Federal. As Equipes de Saúde Bucal (ESBs) estão distribuídas em 130 UBSs, em que há o serviço de Odontologia instalado. As ESBs são responsáveis pelo exame clínico inicial, o tratamento ambulatorial básico das condições mais comuns e/ou a verificação de alteração da normalidade das estruturas estomatognáticas, com ou sem hipótese diagnóstica definida.³

Nos casos em que apareçam alterações menos comuns, lesões suspeitas de malignidade ou cujo tratamento exija procedimentos ambulatorial e cirúrgico de média a alta complexidade, as ESBs encaminham o paciente para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), instituídos e organizados segundo a Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde, publicada em 28 de setembro de 2017.

3- Justificativa

O protocolo visa ao aprimoramento da saúde do Distrito Federal, por meio da orientação e padronização das ações dos profissionais que atuam nos serviços de saúde da SES-DF, especialmente os serviços de Odontologia, de informação atualizada a respeito das lesões orais mais comuns, do referenciamento do paciente nos três níveis de atenção à saúde e da otimização do atendimento nos serviços que os compõem: primária (ESBs), secundária e terciária (CEOs e Hospitais).

Além disso, a conduta do profissional de saúde em relação à vigilância e à atenção aos fatores de risco para o câncer oral será favorecida, pois, ao se deparar com lesões orais que não cicatrizam e evoluem com piora e crescimento, encaminhará o paciente a tempo de um diagnóstico precoce, com impacto positivo no prognóstico, no resultado funcional e na qualidade de vida.⁴

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

Códigos da Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas relacionados à Saúde, pertinentes à especialidade de Estomatologia.⁵

A51 Sífilis precoce

B37 Candidíase

B41 Paracoccidiodomicose

B97 Vírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos

- C00 Neoplasia maligna do lábio
- C01 Neoplasia maligna da base da língua
- C02 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua
- C03 Neoplasia maligna da gengiva
- C04 Neoplasia maligna do assoalho da boca
- C05 Neoplasia maligna do palato
- C06 Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca
- C07 Neoplasia maligna da glândula parótida
- C08 Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas
- C14 Neoplasia maligna de outras localizações mal definida do lábio, cavidade oral e faringe
- C41 Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localizações não especificadas
- C43 Melanoma maligno da pele
- C44 Outras neoplasias malignas da pele
- D00 Carcinoma in situ da cavidade oral, do esôfago e do estômago
- D03 Melanoma in situ
- D04 Carcinoma in situ da pele
- D09 Carcinoma in situ de outras localizações e das não especificadas
- D10 Neoplasia benigna da boca e da faringe
- D11 Neoplasia benigna de glândulas salivares maiores
- D16 Neoplasia benigna de osso e de cartilagem articular
- D18 Hemangioma e linfangioma de qualquer localização
- D22 Nevos melanocíticos
- D23 Outras neoplasias benignas da pele
- D37 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da cavidade oral e dos órgãos digestivos
- I86 Varizes de outras localizações
- K06 Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
- K07 Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)
- K09 Cistos da região bucal não classificados em outra parte
- K10 Outras doenças dos maxilares
- K11 Doenças das glândulas salivares
- K12 Estomatite e lesões correlatas
- K13 Outras doenças do lábio e da mucosa oral
- K14 Doenças da língua

- L10 Pênfigo
- L12 Penfigóide
- L43 Líquen plano
- L57 Alterações da pele devidas à exposição crônica à radiação não ionizante
- L98 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo não classificadas em outra parte
- M87 Osteonecrose
- Q38 Outras malformações congênitas da língua, da boca e da faringe
- Q67 Deformidades osteomusculares congênitas da cabeça, da face, da coluna e do tórax
- Q75 Outras malformações congênitas dos ossos do crânio e da face
- R06 Anormalidades da respiração
- R68 Outros sintomas e sinais gerais
- S00 Traumatismo superficial da cabeça
- S01 Ferimento da cabeça
- S02 Fratura do crânio e dos ossos da face
- T18 Corpo estranho no aparelho digestivo
- T28 Queimadura e corrosão de outros órgãos internos
- Y84 Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por outros procedimentos médicos, sem menção de acidente durante o procedimento
- Z96 Presença de outros implantes funcionais.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

5.1 Distúrbios do desenvolvimento

Anquiloglossia: anomalia de desenvolvimento da língua, caracterizada pelo freio lingual curto, resultando na limitação dos movimentos da língua. Ocasionalmente o freio estende-se anteriormente e insere-se no ápice lingual, podendo ser observada uma discreta fenda nesta região. Pode estar relacionada a dificuldades de fonação, amamentação e dispneia.⁶

Exostose/Tórus: exostoses são protuberâncias ósseas localizadas que surgem da cortical óssea. As exostoses que se localizam na linha mediana do palato duro são conhecidas como tórus palatino e as que se localizam na superfície lingual de mandíbula, uni ou bilateralmente, na altura de caninos e pré-molares inferiores, tórus mandibular. Podem ser nodulares ou lobulares, com mucosa normal recobrimdo-os e consistência bem endurecida. A maioria é assintomática, mas em alguns casos, a mucosa de revestimento fina pode ulcerar-se devida a trauma secundário.⁶

Glossite migratória benigna: também conhecida por língua geográfica. Clinicamente, é assintomática ou associada à dor em queimação quando em contato com comidas quentes e apimentadas. As lesões aparecem e desaparecem em regiões diferentes da língua e caracterizam-se por uma lesão atrófica com eritema central. As papilas estão ausentes nessas áreas, resultando em uma lesão lisa e não ulcerada. As bordas das lesões são mais elevadas.⁷

Glossite rombóide mediana: lesão atrófica, eritematosa, bem definida na linha mediana da parte posterior do dorso da língua. Perda das papilas linguais é uma característica importante da lesão.⁷

Grânulos de Fordyce: são glândulas sebáceas que ocorrem na mucosa oral consideradas, portanto, ectópicas, caracterizadas por múltiplas pápulas amareladas ou branco-amareladas, mais frequentemente encontradas na mucosa jugal e na porção lateral do vermelhão do lábio superior. São mais comuns em adultos e a puberdade pode estimular o desenvolvimento. São assintomáticos, embora alguns pacientes queixem-se de rugosidade na mucosa.⁶

Língua fissurada: presença de várias fissuras ou sulcos na superfície dorsal da língua, variando entre 2 a 6 mm de profundidade. Em geral é assintomática, mas alguns pacientes queixam-se de uma ardência discreta ou dor.⁶

Língua pilosa: acúmulo acentuado de queratina nas papilas filiformes do dorso lingual, resultando em uma aparência semelhante à pelos, por aumento na produção da proteína ou decréscimo na descamação da língua. As papilas alongadas geralmente são acastanhadas, amareladas ou enegrecidas, como resultado de crescimento de bactérias cromogênicas, pigmentos do tabaco e alimentos. Em geral, é assintomática, embora alguns pacientes queixem-se de sensação de náusea ou gosto desagradável.⁶

Varicosidades linguais: consistem em veias anormalmente dilatadas e tortuosas. Apresentam-se como vesículas papulares ou elevadas múltiplas, azul-purpúreas, na margem lateral e no ventre da língua. As lesões em geral são assintomáticas, exceto em circunstâncias raras quando ocorre trombose secundária.⁶

Cisto dermóide: malformação cística de desenvolvimento incomum, revestido por epitélio semelhante à epiderme e cuja parede apresenta anexos cutâneos. Ocorrem mais na linha média do soalho bucal, como uma massa borrachóide ou pastosa. Quando o cisto se desenvolve abaixo do músculo gênio-hióideo, uma tumefação sublingual pode deslocar a língua superiormente e causar dificuldades na alimentação, fonação ou até respiração.⁶

Cisto linfoepitelial oral: massa submucosa pequena, geralmente menor que 1 cm de diâmetro, firme ou mole à palpação, de superfície não ulcerada. A lesão é branca ou amarela, assintomática, embora alguns pacientes possam se queixar de tumefação e drenagem.

Podem ocorrer na amígdala palatina, palato mole e soalho bucal e representam áreas de tecido linfóide oral normal ou acessório.⁶

5.2 Lesões ulceradas

Ulceração aftosa recorrente (UAR): é uma condição caracterizada pelo desenvolvimento periódico de úlceras solitárias ou múltiplas e dolorosas na mucosa oral, de etiologia ainda não muito bem esclarecida e bastante incômoda para o paciente.⁸

Úlcera traumática: lesões agudas ou crônicas da mucosa oral, resultantes de um dano mecânico acidental ou autoinduzidas. A apresentação clínica geralmente sugere a causa. Ocorrem mais frequentemente em língua, lábios e mucosa jugal e se apresentam como áreas de eritema que circundam uma membrana central, destacável, fibrinopurulenta, amarela.⁶

Mucosite: úlceras difusas, com uma membrana superficial fibrinopurulenta, amarelada e removível, resultantes de quimioterapia e radioterapia, que geralmente afetam a mucosa menos queratinizada com dor, ardência e desconforto, que podem se acentuar durante a alimentação e higienização oral.⁶

5.3 Processos proliferativos não neoplásicos

Fibroma ou hiperplasia fibrosa focal ou pólipio fibroepitelial: lesões papulares ou nodulares, de superfície lisa, recoberta por mucosa de coloração normal ou esbranquiçada, têm consistência fibrosa à palpação e assintomática ao toque. Situam-se principalmente nas mucosas jugal, labial e palato. Representa uma hiperplasia reacional do tecido conjuntivo fibroso em resposta à irritação local ou trauma.⁷

Hiperplasia inflamatória por prótese: lesão benigna causada sobretudo por próteses mal ajustadas ou por câmara a vácuo. É mais encontrada no sulco gengivolabial e bucal e pode ulcerar, tornando-se muito dolorosa e desconfortável para o paciente.⁶

Hiperplasia papilar inflamatória ou papilomatose por dentadura: crescimento de tecido reacional que usualmente, embora nem sempre, se desenvolve abaixo da prótese total. Ocorre geralmente no palato duro, assintomática, eritematosa e de superfície “pedregosa” ou papilar, podendo estar associada à *Candida*.⁶

Granuloma Periférico de Células Gigantes: nódulo assintomático, sésil ou pedunculado, com superfície geralmente papilar, de coloração vermelho-escura, de base sésil ou pediculada. Pode apresentar diferentes dimensões e causar o deslocamento dos dentes adjacentes. Radiografias periapicais podem mostrar discreta reabsorção da crista alveolar em forma de taça, especialmente em áreas desdentadas. Sua localização é variada, com maior predileção pela mandíbula.⁷

Granuloma Piogênico: é um aumento de tecido em resposta a uma reação inflamatória local, geralmente placa bacteriana. Ocorre principalmente na gengiva, mas pode ocorrer em qualquer localização na boca, geralmente é único e aparece como um nódulo avermelhado ou róseo, sua superfície pode ser lisa ou apresentar-se ulcerada.⁷

5.4 Cistos⁹

Ceratocisto odontogênico: cisto derivado de restos da lâmina dentária, cujo conteúdo cístico é rico em queratina. É uma lesão benigna, porém com alta taxa de recorrência e mecanismo de crescimento diferenciado. Geralmente assintomático ou com sintomatologia dolorosa, quando atinge grandes extensões. Envolve a região posterior e ramo ascendente da mandíbula, geralmente associado a um dente incluso.^{6, 10}

Cisto dentígero: cisto que se origina da separação do folículo que fica ao redor da coroa de um dente incluso. É o segundo cisto odontogênico mais frequente nos maxilares. Os terceiros molares inferiores e os caninos superiores são os dentes mais acometidos, sendo também alta a ocorrência desta lesão em dentes supranumerários e associados a odontomas. O cisto ocorre principalmente nas três primeiras décadas de vida, tendo um crescimento lento e assintomático; pode atingir dimensões consideráveis, causando deformidade facial, impatção e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes.^{6, 11}

Cisto de erupção: atualmente classificado como um subtipo de cisto dentígero, que se desenvolve como resultado da separação do folículo dentário da coroa de um dente em erupção que já está posicionado em tecidos moles que recobrem o osso alveolar. Apresenta-se como um aumento de volume de consistência mole, frequentemente translúcido, na mucosa gengival que recobre a coroa de um dente decíduo ou permanente em erupção. Em decorrência de trauma secundário, pode apresentar-se arroxado pela presença de sangue no fluido cístico.⁶

Periodontal Lateral: cisto que ocorre ao longo da superfície radicular lateral de um dente, derivado de restos da lâmina dentária, assintomático e de pequenas dimensões, descoberto em exame radiográfico e que tem que ser diferenciado do cisto radicular lateral.⁶

Radicular: cisto que se origina da degeneração central de um granuloma periapical de dente desvitalizado e pela proliferação dos restos epiteliais de Malassez ao redor do mesmo. É subdividido em periapical, lateral e residual. Geralmente é assintomático, radiolúcido, com perda da lâmina dura adjacente e pode apresentar linha de osteogênese reacional.

Nasolabial: cisto que se localiza nos tecidos moles da prega mucobucal anterior, abaixo da asa do nariz, podendo provocar elevação da mesma e tumefação em fundo de vestibulo. Pode ser uni ou bilateral. Deriva de remanescentes do ducto nasolacrimal.

Ducto nasopalatino: cisto intra-ósseo, localizado na linha média do palato, dentro do canal nasopalatino, radiolúcido, bem delimitado e geralmente assintomático. É derivado de remanescentes do ducto nasopalatino.

5.5 Tumores odontogênicos

Ameloblastoma: é um tumor benigno que apresenta um comportamento localmente agressivo, afetando comumente a mandíbula (maioria no ramo e corpo posterior da mandíbula) e menos frequentemente o osso maxilar. Pode atingir proporções variadas, de acordo com o tempo de evolução. O aspecto radiológico varia de lesões radiolúcidas uniloculares bem definidas que podem estar associadas a um dente incluso a lesões multiloculares, com septos internos e padrão em "favos de mel" ou "bolhas de sabão".^{7, 9}

Mixoma: neoplasia benigna caracterizada pela presença de células mesenquimais dispersas em matriz extracelular mixóide, comum em mandíbula na região de corpo e ângulo, radiolúcida, com trabeculado interno em forma de "raquete de tênis" ou "bolhas de sabão", cujo crescimento é agressivo e provoca grande expansão.⁹

Odontoma: é o tumor odontogênico mais comum, com predileção pela maxila e que apresentam esmalte e a dentina na sua composição. São detectados durante o exame radiográfico de rotina e, na maioria das vezes, não causam dor ou parestesia. Pode ser classificado em complexo e composto, de acordo com o aspecto radiográfico.⁹

Cementoblastoma: neoplasia benigna caracterizada pela formação de tecido similar à cimento aderido à raiz de um dente. Radiograficamente ele se apresenta como massa radiopaca ou de densidade mista com margens bem definidas circundadas por uma fina zona radiolúcida.⁹

5.6 Neoplasias benignas⁹

Hemangioma Bucal: é uma neoplasia benigna de vasos sanguíneos. Geralmente apresentam aumento de volume e podem ocorrer em variadas dimensões e localizando-se em diversas regiões da mucosa bucal, preferencialmente na língua, lábios e mucosa jugal. A coloração varia do vermelho vivo ao azulado e a consistência é mole à palpação, sendo assintomáticos ao toque. O diagnóstico é clínico por vitropressão ou diascopia.

Lipoma: é um tumor benigno de gordura, que aparece como um crescimento nodular único ou múltiplo, mole, bem encapsulado e amarelado.¹²

5.7 Lesões potencialmente malignas⁹

Leucoplasia: manchas ou placas brancas que não podem ser classificadas clinicamente como nenhuma outra doença. O aspecto clínico pode variar de homogêneo a mosqueado em forma de placas ou manchas esbranquiçadas irremovíveis por raspagem,

indolor. Os locais de maior acometimento são bordas e face ventral da língua, assoalho da boca e mucosa jugal. A leucoplasia mosqueada pode apresentar ainda erosões em sua superfície e tem potencial de malignização.¹³

Eritroplasia: é o termo clínico usado para designar as placas de cor vermelho escuro, circunscritas, brilhantes, geralmente homogêneas, que não fazem parte do quadro clínico de alguma doença já diagnosticada no indivíduo. As placas eritroplásicas surgem em qualquer local da boca, mas são encontradas principalmente no soalho, no palato e nas bordas da língua e, são assintomáticas. Apresentam alto potencial de cancerização.¹⁴

Queilite actínica: manchas e placas brancas, cinzas ou vermelhas que envolvem o vermelhão do lábio inferior principalmente de indivíduos de pele clara, resultantes da ação deletéria da radiação solar sobre as células epiteliais. Possui elevado potencial de malignização.

Nevo: aparecem como lesões planas ou elevadas, pigmentadas (de cor marrom, cinza, azul ou preto) ou não, e que apresentam potencial de malignização. Quando encontrados na boca, os locais de preferência são a orofaringe, o palato e a mucosa jugal.¹³

5.8 Neoplasias malignas⁹

Carcinoma espinocelular (CEC): mais de 90% dos cânceres de boca e garganta são carcinomas de células escamosas, também chamados de carcinomas espinocelulares ou ainda carcinomas epidermóides. Alguns só provocam sintomas quando atingem um estágio avançado ou então causam sintomas que parecem ser de outro problema, como dor de dente, por exemplo, e ferida na boca que não cicatriza (sintoma mais comum) ¹⁵. Os locais anatômicos mais acometidos são assoalho de boca, a língua, lábio e área retromolar.¹⁶

Melanoma: apesar de ser uma neoplasia muito rara na boca, o melanoma é considerado de grande importância pela sua alta malignidade e mortalidade. Apresenta-se como mancha isolada, acastanhada, azul-acinzentada ou negra, localizada nos rebordos alveolares, palato ou gengiva.¹⁴

5.9 Sequelas do tratamento oncológico no sistema estomatognático

Mucosite: úlceras múltiplas difusas, com formação de membrana superficial fibrinopurulenta, amarelada e removível. A dor, ardência e desconforto são sintomas significantes, que podem se acentuar durante a alimentação ou higienização oral.⁶

Cárie de radiação: lesões cariosas de localização predominantemente cervical e secundária à xerostomia, generalizada e rampante.

Xerostomia: secura da boca sintomática decorrente de hipossalivação por fibrose de glândulas salivares. Além do desconforto na boca, que perde a sua lubrificação própria, há dificuldade para comer, falar e dormir. A saliva se apresenta viscosa e espessa.

Osteonecrose: fragmentos de osso necrosado, desvitalizado, sequestrado com exposição progressiva, que pode provocar dor intolerável ou fratura, decorrente de dano irreversível às células ósseas e à vascularização óssea pela radiação ionizante ou quimioterapia por bifosfonatos.

5.10 Patologia das glândulas salivares

Mucocele: é uma bolha cristalina, transparente e seu conteúdo é salivar, que acomete a mucosa labial geralmente devido a traumas locais como, por exemplo, morder os lábios. O lábio inferior é o local de maior acometimento de mucocele. Resulta da obstrução ou rompimento do ducto de glândulas salivares com extravasamento de muco.⁷

Rânula: é uma obstrução do ducto de saída da glândula submandibular, geralmente pela ocorrência de um trauma ou presença de um sialolito, dando origem a um acúmulo de secreção salivar grossa e viscosa nos tecidos. Clinicamente aparece bolha no assoalho bucal, cheia de um muco claro ou cinza-azulado, podendo romper-se.⁷

Sialodente: inflamação das glândulas salivares de origem infecciosa ou não infecciosa, geralmente provocada por bloqueio do ducto ou infecção bacteriana e viral, como a caxumba.⁶

Sialolitíase (cálculo salivar): alteração que acomete as glândulas salivares, representada pela obstrução da glândula ou de seu ducto excretor devido à formação de um sialolito, resultando na diminuição do fluxo salivar. A glândula submandibular é a mais acometida, seguida da glândula parótida e sublingual.¹⁷

Síndrome de Sjögren: é uma doença autoimune que afeta as glândulas produtoras de lágrimas e saliva, causando olho e boca seca. No meio ambiente oral, ela provoca uma série de alterações dentre as quais se sobressai a xerostomia. O diagnóstico complementar pode ser feito por biópsia de glândula salivar menor.

Adenoma pleomorfo: neoplasia de glândula salivar mais comum, mais comum no palato, inicialmente móvel com endurecimento progressivo, revestida por mucosa normal, composta por um misto de células benígnas.

Carcinoma mucoepidermóide: é a neoplasia maligna de glândula salivar mais comum, que acomete mais a parótida e usualmente se apresenta como um aumento de volume assintomático. Pode se desenvolver dor ou paralisia do nervo facial, geralmente associada a tumores de alto grau. A segunda localização mais comum são as glândulas salivares do palato, com coloração azulada ou vermelha.

5.11 Patologias ósseas

Cisto ósseo traumático ou cisto ósseo simples: cavidade benigna vazia ou contendo fluido no osso e que é livre de revestimento epitelial. Muito comuns em mandíbula

e encontrados em pacientes jovens. É assintomático e descoberto em exame radiográfico, em que aparece bem radiolúcido e com projeções em forma de cúpula que se dirigem para cima entre as raízes dos dentes.

Osteonecrose por bisfosfonato (BF): os bfs alteram o mecanismo de reabsorção e remodelação óssea. O diagnóstico é primeiramente baseado na história e no exame clínico do paciente. Na maioria das vezes os pacientes apresentam exposição óssea necrótica, com sintomatologia.¹⁸

Lesão central de células gigantes: uma lesão acomete mais as mulheres, preferencialmente a mandíbula, de crescimento lento, de assintomática à agressiva, com dor, podendo causar perfuração cortical e reabsorção óssea, conduzindo, por vezes, a alterações assimétricas na face e deslocamentos dentários.¹⁹

Lesões fibro-ósseas: grupo diverso de lesões intra-ósseas radiolúcidas, mistas ou radiopacas, de substituição do osso normal por tecido fibroso contendo um produto mineralizado neoformado. São elas: fibroma ossificante, displasia fibrosa, displasia cemento-óssea.⁹

5.12 Doenças auto-imunes com manifestação oral

Líquen Plano: alteração mucocutânea imunopatológica bastante comum mediada por linfócitos T a um estímulo antigênico presente na camada epitelial. O diagnóstico é clínico, histopatológico e por imunofluorescência¹². Pode se apresentar como placas ou manchas brancas estriadas assintomáticas (líquen plano reticular), como gengivite descamativa (líquen plano atrófico) ou como erosões ou úlceras, com ou sem bordas brancas, muito dolorosas (líquen plano erosivo).

Pênfigo: doença auto-imune com produção de anticorpos direcionados contra complexos de união intercelulares do epitélio, vesículo-bolhosa, crônica e grave, que acomete pele e mucosa. Acomete principalmente o palato, a mucosa labial, o ventre lingual e a gengiva. O diagnóstico é clínico, histopatológico e por imunofluorescência.

Penfigóide: é uma doença mucocutânea inflamatória autoimune rara. Afeta a mucosa oral em 90% dos casos, com o desenvolvimento de bolhas e vesículas que se rompem, produzindo áreas ulceradas ¹⁶. A produção de anticorpos é contra complexos de adesão da membrana basal. O diagnóstico é clínico, histopatológico e por imunofluorescência.¹²

5.13 Dor orofacial e doenças neuromusculares

Síndrome da Ardência Bucal: é a sensação de ardência na boca e na língua sem a ocorrência de lesão que a justifique. A queixa é de queimação ou ardência em terço anterior da língua, lábios, porção anterior dos rebordos e ou palato anterior, com distribuição simétrica,

dificuldade em se delimitar com precisão a área afetada. Pode apresentar vários meses de duração sem grande variação na intensidade da sintomatologia.⁷

Neuralgia do Trigêmeo: dor orofacial paroxística unilateral descrita como dor em pontadas, pungente, com fisgadas semelhantes a choque elétrico, com intervalos livres de dor, e a existência de um ponto de gatilho, com um leve toque na região intra ou extra-oral, ou devido ao movimento facial ou da língua.¹²

5.14 Lesões por agentes físicos e químicos

Estomatite Nicotínica: relacionada ao cigarro e com o calor dos produtos do fumo. A mucosa palatina torna-se difusamente cinza ou branca com pápulas levemente elevadas com centro eritematoso umbilicadas em palato duro que se referem à inflamação de glândulas salivares menores. São benignas e acometem mais homens de meia idade, fumantes crônicos.⁷

Tatuagem por amálgama: manchas enegrecidas adjacentes a dentes restaurados com amálgama. Uma radiografia periapical é recomendada para confirmar a presença de partículas metálicas estranhas. Quando não é possível, a biópsia é recomendada para descartar uma lesão melanocítica.¹²

Melanoses: manchas enegrecidas ou azuladas, decorrentes da excessiva produção de melanina pelos melanócitos da mucosa, estimulada por hormônios e drogas como ACTH, minociclina, clorpromazina, doxorrubicina, bussulfano, ciclofosfamida, zidovudina, cloroquina.

Queimaduras químicas e físicas: erosões e úlceras provocadas pelo calor ou substâncias químicas como agentes clareadores, enxaguatórios bucais, soluções para dentaduras, álcool, ácido acetilsalicílico, nitrato de prata, ácido carbólico e ácido tricloroacético sobre a mucosa bucal.

5.15 Lesões de origem infecciosa

Candidíase: infecção por *Candida albicans*. Apresenta diversas formas: (a) pseudomembranosa: áreas brancas espessadas que, quando removidas, permitem a exposição da mucosa subjacente, hiperemiada. Fatores predisponentes locais como higiene oral precária, prótese dentária, e sistêmicos como diabetes, gravidez, neoplasia disseminada, corticoterapia, radioterapia, quimioterapia, imunodepressão (incluindo HIV), antibioticoterapia, podem levar à quebra da barreira epitelial. Normalmente, atinge os extremos da faixa etária (crianças e idosos)¹²; (b) Atrófica: Eritema local ou difuso, doloroso. Áreas de despigilação e desqueratinização em dorso da língua ou palato, deixando-a dolorosa, edemaciada e eritematosa; (c) hiperplásica: Infecção crônica, aspecto leucoplásico, não destacável em mucosa jugal, palato e língua.

Queilite angular: é um processo inflamatório, associado a *Candida albicans*, localizado no ângulo da boca uni ou bilateral, caracterizado por discreto edema, descamação, erosão e fissuras, que podem ulcerar, mas sem tendência para sangrar, embora possa formar-se uma crosta exsudativa superficial. Há relatos de secura e sensação de ardência nos cantos da boca.²⁰

Gengivoestomatite herpética: mais comumente observada em crianças na faixa de 1 a 5 anos de idade, tem sido observado também em adolescentes e adultos jovens. Clinicamente, as lesões orais da fase aguda iniciam-se como numerosas vesículas com 1 a 2 mm, que rapidamente se rompem formando pequenas ulcerações. Tais ulcerações aumentam de tamanho e podem coalescer formando grandes úlceras rasas, extremamente dolorosas, recobertas por uma membrana amarelada de fibrina e que curam espontaneamente entre 7 e 14 dias, sem deixar cicatriz. Todas as mucosas podem ser atingidas, assim como lábio e região perioral, sendo o número de lesões bem variado. O envolvimento gengival é marcante em todos os casos. A gengiva torna-se edemaciada, dolorosa e eritematosa, podendo apresentar zonas erosivas puntiformes ao longo da margem gengival.²¹

Paracoccidioidomicose: lesão ulcerada rasa, de bordos planos, apresentando um fundo granuloso, entremeado por pontos distintos hemorrágicos e podendo atingir em fase avançada, muitas partes da mucosa bucal. Apresenta concomitantemente às lesões bucais, lesões pulmonares, pois trata-se de lesão profunda dos pulmões pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis*.^{13, 22, 23}

Papiloma escamoso – lesão firme, indolor, normalmente exofítica e pediculada, com numerosas projeções semelhantes a “dedos” na superfície, que lhe dão uma aparência de “couve-flor” ou “verruga”. Os locais de predileção incluem a língua (principalmente borda lateral) e o palato duro e mole, mas qualquer superfície de mucosa oral pode ser afetada.²⁴

Condiloma acuminado: é considerada uma doença sexualmente transmissível (DST). Inicia-se como uma formação de numerosas pápulas agrupadas, de coloração rósea, que crescem e coalescem. O resultado é um crescimento papilar (ou nodular) exofítico, com base larga, que pode ser ceratinizado ou não ceratinizado, firme, bem edemaciada, séssil, de coloração rósea, com superfície verrucosa, indolor, podendo ser única ou múltipla. As lesões orais ocorrem geralmente, na mucosa labial, palato mole e freio da língua, mas podem ocorrer em quaisquer dos tecidos moles da cavidade bucal.²⁴

Verruga vulgar: a infecção viral afeta inicialmente as mãos e os dedos de crianças e adultos jovens. As verrugas das regiões bucal e peribucal desenvolvem-se tipicamente na borda do vermelhão dos lábios, no palato e no terço anterior da língua. O envolvimento bucal geralmente resulta do contato direto com lesões nas mãos ou com as mãos servindo como vetor de lesões em outras partes do corpo.²⁴

5.16 Outras Lesões

Mácula melanótica: é uma lesão que envolve lábios, gengiva, mucosa vestibular, palato duro e palato mole. É uma lesão plana, de coloração marrom, produzida pelo aumento local de deposição de melanina.²⁵

6- Critérios de Inclusão

Pacientes que apresentem:

- Lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, em que esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais;
- Lesões na mucosa bucal que apresentem nódulos e/ou enfartamento ganglionar, bolhas e vesículas, manchas ou placas esbranquiçadas, avermelhadas ou enegrecidas, áreas atróficas ou ulceradas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade, o que não exclui as outras faixas etárias de apresentarem lesões suspeitas;
- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou mandíbula, não associadas a dentes necróticos, ou associadas, mas cujo tratamento deva ser cirúrgico;
- Desordens potencialmente malignas, lesões proliferativas ou bolhosas, de natureza benigna, na indisponibilidade de tratamento ou investigação na APS;
- Lesão com evidência de neoplasia maligna bucal, lesão nodular e/ou ulcerada, com crescimento rápido, não associada a fatores irritativos, e que não regredem após 14 dias de acompanhamento;
- Cistos, tumores ou outras lesões potencialmente benignas em glândulas salivares maiores ou menores.

7- Critérios de Exclusão

- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento;
- Lesões benignas que estejam próximas a estruturas nobres do sistema estomatognático e que devam ser encaminhadas para a cirurgia bucomaxilofacial;

- Lesões benignas ou malignas que se estendam para fora do sistema estomatognático e devam ser encaminhadas para otorrinolaringologista, cirurgião de cabeça e pescoço ou oncologista.

8- Conduta

Os casos em que haja a necessidade da avaliação por estomatologista na Atenção Secundária deverão ser encaminhados por meio de formulário específico de Referência e Contra-referência (Guia de Consulta – **Anexo 1**), em que conste o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão. O formulário está disponível para preenchimento no próprio prontuário eletrônico do e-SUS, no SOAP, Guia de Encaminhamentos. Este documento gerado deverá ser impresso e entregue ao paciente.

Após o preenchimento do formulário de referência e contra referência, uma solicitação de consulta em ODONTOLOGIA – CIRURGIA ORAL MENOR/ESTOMATOLOGIA via Sistema Nacional de Regulação – SISREG deverá ser feita. O cirurgião-dentista solicitante deverá descrever, no campo Observações, o motivo do encaminhamento, deixando expressa a necessidade de consulta com Estomatologista, uma vez que a consulta em Cirurgia Oral Menor e Estomatologia estão no mesmo campo de solicitação. Quando a solicitação de consulta é finalizada, é gerado o “código de solicitação”, cabendo à unidade solicitante o acompanhamento e a informação do paciente sobre o agendamento.

No caso de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos Centros de Especialidades Odontológicas não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

No caso de diagnóstico de neoplasia maligna, o estomatologista/CEO insere o paciente no Sistema de Regulação para encaminhamento à Atenção Terciária, Oncologia de Cabeça e Pescoço, mediante o preenchimento do formulário de encaminhamento e classificação para a atenção terciária (**Anexo 2**).

Nesta hipótese, o estomatologista também informa o diagnóstico ao profissional da Atenção Primária, que fará o acompanhamento do paciente e preparo pré e pós-cirúrgico (radioterapia e quimioterapia), por meio do Formulário de Referência e Contra-referência do e-SUS (**Anexo 1**).

8.1 Conduta Preventiva

Ações educativas de Saúde Pública que estimulem hábitos saudáveis, como higiene oral, alimentação adequada e balanceada, atividade física, proteção solar, e outras ações, com vistas à educação sobre os malefícios causados pelo consumo de álcool, tabaco e outras substâncias. Dessa forma, o usuário será incentivado ao auto-cuidado, e à responsabilização em relação à sua própria saúde e bem-estar, pela realização do autoexame bucal (**Anexo 3**), no caso específico da prevenção e tratamento precoce de enfermidades orais.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento das lesões orais é individualizado e depende de sua natureza podendo, em alguns casos, ser apenas informativo, com o controle dos fatores etiológicos.

Tabela 1 – Relação de doenças e alterações bucais e seus tratamentos não farmacológicos

Diagnóstico	Indicação
Anquiloglossia	Frenotomia ou frenectomia.
Exostose/tórus	Somente em caso de interferência funcional, remoção cirúrgica.
Glossite migratória benigna	Evitar estímulos irritantes e preservação.
Glossite rombóide mediana	Preservação.
Grânulos de Fordyce	Preservação.
Língua fissurada	Aprimoramento da higienização.
Língua pilosa	Aprimoramento da higienização.
Varicosidades linguais	Aprimoramento da higienização.
Cisto dermóide	Remoção cirúrgica.
Cisto linfoepitelial oral	Remoção cirúrgica.
Ulceração aftosa recorrente	Laserterapia.
Úlcera traumática	Remoção do fator irritante e laserterapia.
Mucosite	Laserterapia.
Fibroma ou hiperplasia fibrosa focal ou pólipos fibroepiteliais	Remoção do fator causal e remoção cirúrgica.
Hiperplasia inflamatória por prótese	Remoção do fator causal e remoção cirúrgica.

Hiperplasia papilar inflamatória ou papilomatose por dentadura	Troca da prótese e recomendação do uso descontinuado da mesma.
Granuloma Periférico de Células Gigantes	Remoção cirúrgica.
Granuloma piogênico	Remoção do fator causal e remoção cirúrgica.
Ceratocisto odontogênico	Marsupialização e/ou remoção cirúrgica.
Cisto dentígero	Marsupialização e remoção cirúrgica.
Cisto de erupção	Aguardar a erupção dentária ou remover cirurgicamente.
Cisto periodontal lateral	Remoção cirúrgica.
Cisto radicular	Remoção cirúrgica.
Cisto nasolabial	Remoção cirúrgica.
Cisto do ducto nasopalatino	Remoção cirúrgica.
Ameloblastoma	Remoção cirúrgica.
Mixoma	Remoção cirúrgica.
Odontoma	Remoção cirúrgica.
Cementoblastoma	Remoção cirúrgica.
Hemangioma bucal	Em caso de vasos de maior calibre, preservação e intervenção médica.
Lipoma	Remoção cirúrgica.
Leucoplasia	Remoção de fatores carcinogênicos, preservação e/ou remoção cirúrgica.
Eritroplasia	Remoção de fatores carcinogênicos e remoção cirúrgica.
Queilite actínica	Remoção de fatores carcinogênicos, uso de barreiras físicas contra radiação solar, preservação e/ou remoção cirúrgica.
Carcinoma espinocelular (cec)	Remoção de fatores carcinogênicos, biópsia incisional com fins de diagnóstico e remoção cirúrgica e/ou encaminhamento para Cirurgia de Cabeça e Pescoço.
Melanoma	Biópsia incisional com fins de diagnóstico e encaminhamento para Cirurgia de Cabeça e Pescoço.
Mucosite	Laserterapia.

Cárie de radiação	Controle de placa, fluoroterapia, orientação dietética, restaurações atraumáticas e minimamente invasivas com cimento de ionômero de vidro.
Xerostomia	Hidratação abundante, acupuntura, fisioterapia e laserterapia.
Osteonecrose	Curetagem superficial, câmara hiperbárica.
Mucocele	Remoção cirúrgica.
Rânula	Remoção cirúrgica.
Sialodenite	Remoção do fator irritante e drenagem da glândula em caso de abscesso.
Sialolitíase	Remoção cirúrgica.
Síndrome de Sjögren	Biópsia de glândula salivar menor com fins de diagnóstico, hidratação abundante, fisioterapia, acupuntura, laserterapia.
Adenoma pleomorfo	Remoção cirúrgica.
Carcinoma mucoepidermóide	Remoção cirúrgica.
Cisto ósseo traumático/ cisto ósseo simples	Curetagem e irrigação.
Lesão central de células gigantes	Remoção cirúrgica.
Lesões fibro-ósseas	Nas que têm tamanho fixo, preservação. Nas que apresentam crescimento, remoção cirúrgica.
Líquen plano	Biópsia incisional com fins de diagnóstico, laserterapia. Em caso de manifestações em pele, encaminhar para tratamento médico.
Pênfigo	Biópsia incisional com fins de diagnóstico. Em caso de manifestações em pele, encaminhar para tratamento médico.
Penfigóide	Biópsia incisional com fins de diagnóstico. Em caso de manifestações em pele, encaminhar para tratamento médico.
Síndrome da Ardência Bucal	Laserterapia, acupuntura.
Estomatite nicotínica	Remoção do fator irritante.
Tatuagem por amálgama	Preservação.

Melanoses	Proservação, solicitação de troca de medicações que estimulem a produção de melanina e/ou remoção cirúrgica.
Queimaduras químicas e físicas	Remoção de fatores irritantes e laserterapia
Candidíase	Troca de próteses e escovas antigas e contaminadas, hidratação abundante, recomendação ao uso descontinuado de próteses.
Queilite angular	Procedimentos reabilitadores para recuperação da dimensão vertical correta.
Gengivoestomatite herpética	Laserterapia.
Paracoccidioidomicose	Biópsia incisional com finalidade diagnóstica, encaminhamento para tratamento médico, laserterapia nas lesões orais ^(30, 31) .
Papiloma escamoso	Remoção cirúrgica.
Condiloma acuminado	Remoção cirúrgica, investigação sorológica para HPV e outras doenças sexualmente transmissíveis e/ou encaminhamento médico.
Verruga vulgar	A infecção viral afeta inicialmente as mãos e os dedos de crianças e adultos jovens. As verrugas das regiões bucal e peribucal desenvolvem-se tipicamente na borda do vermelhão dos lábios, no palato e no terço anterior da língua. O envolvimento bucal geralmente resulta do contato direto com lesões nas mãos ou com as mãos servindo como vetor de lesões em outras partes do corpo.
Mácula melanótica	Biópsia incisional ou excisional com fins de diagnóstico e preservação.

Fonte: Tabela elaborada pelo Grupo de Trabalho de Estomatologia.

8.2.1 Instrumental e material cirúrgico e não cirúrgico

Tabela 2 – Relação de instrumental, equipamentos, material complementar e de consumo utilizados na prática da Estomatologia.

Instrumental	Afastador de lábios tipo Branemark
	Afastador de Minesota
	Cabo de bisturi nº 3

	Cabo de espelho bucal
	Cuba de Inox média para soro
	Cureta de Molt
	Descolador tipo Molt
	Kit remoção de sutura (pinça e tesoura);
	Lima Seldin n. 1 para Osso
	Periótomo duplo (reto e curvo)
	Pinça Allis 14 cm
	Pinça Backaus
	Pinça clínica
	Pinça Kocher com dente curva
	Pinça de Adson lisa e com dente
	Pinça Dietrich
	Pinça hemostática Halstead (mosquito) reta e curva
	Pinça Kelly reta e curva
	Porta Agulha tipo Mayo-Hegar de 14 cm com ponta de Widia
	Seringa Carpule
	Sindesmótomo
	Tesoura de Mayo reta e curva
	Tesoura de Metzenbaum (reta e curva)
	Tesoura tipo Íris reta e curva
Material complementar	Caneta de alta rotação
	Micro-motor, Peça Reta
Material de consumo	Broca esférica carbide cirúrgica (HL) para peça reta e alta rotação nº 6
	Broca tronco cônica cirúrgica (HL) para peça reta e alta-rotação 701 e 702
	Broca tronco-cônica para alta rotação 701 e 702 (Haste Longa)
	Brocas para alta rotação esférica carbide nº 4, 6 (Haste Longa)
	Broca para peça reta 702 e esférica nº 4
	EPI (gorro, máscara, óculos, jaleco)
	Luvras cirúrgicas estéreis e de procedimento

	Solução de clorexidina a 0,12% para bochecho
	PVPI degermante e tópico ou clorexidina 3% com tensoativos
	Anestésico Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000
	Agulhas para anestesia longa e curta
	Seringa descartável para irrigação de 20 ml com agulha
	Sugador cirúrgico descartável estéril
	Lâminas de bisturi 15 ou 15C
	Gaze estéril
	Soro fisiológico a 0,9% estéril
	Fio de sutura nylon 4-0, seda 3-0 e Vycril 3-0
	Papel grau cirúrgico
	Kit cirúrgico descartável gramatura 30 estéril para cirurgia contendo: 2 capotes, 1 campo fenestrado grande, 2 campos simples de mesa, 1 protetor de foco, 2 protetores para alta rotação e sugador e toalha de papel estéril.
	Escova para citologia esfoliativa
	Lâmina de vidro e lamínula
	Fixador para citologia em spray
	Seringa Luer descartável 10 e 20ml com agulha
	Solução de formol tamponado 10%
Equipamentos de uso estomatológico	Laser de baixa potência, vermelho e infravermelho
	Bisturi elétrico

Fonte: Tabela elaborada pelo Grupo de Trabalho de Estomatologia.

8.2.2 Sequência clínica

Biópsia de tecido mole - poderá ser incisional ou excisional, a depender do tamanho e especificidade da lesão. O fragmento obtido deverá ser acondicionado em solução fixadora e encaminhado para exame histopatológico.

Biópsia intraóssea – o uso de fresas poderá ser indicado para a obtenção de fragmentos ou de lesões inteiras. O espécime deverá ser acondicionado em solução fixadora e encaminhado para exame histopatológico.

Citologia exfoliativa – poderá ser utilizada para obtenção de material celular nas lesões com suspeita de malignidade, quando a biópsia não puder ser realizada e também nos casos de lesões infecciosas.

Punção aspirativa – coleta de material biológico em lesões císticas, intra-ósseas, ou tumorais.

Terapia fotodinâmica – poderá ser utilizado para o tratamento de lesões infecciosas, com uso de luz associado a um agente cromóforo.

8.3 Tratamento Farmacológico

Em alguns casos, o uso de medicamentos será necessário. O tratamento farmacológico deverá ser ajustado às necessidades terapêuticas e adequado de acordo com a resposta individual de cada paciente.²⁶

8.3.1 Fármaco(s)

Tabela 3 – Relação de doenças e alterações bucais e seus tratamentos farmacológicos (Adaptado de Terapêutica medicamentosa em Odontologia²⁶).

Glossite migratória	Corticóides de uso tópico
Glossite rombóide mediana	Nistatina Fluconazol Itraconazol
Ulceração aftosa recorrente	Corticóides de uso tópico
Úlcera traumática	Corticóides de uso tópico
Mucosite	Corticóides de uso tópico
Hemangioma Bucal	Agente esclerosante
Osteonecrose	Irrigação com clorexidina 0,12% ou solução de iodeto de potássio 2%, aplicação de gel de clorexidina.
Sialodenite	Antivirais ou antibióticos
Síndrome de Sjögren	Colutórios
Xerostomia	Colutórios
Líquen Plano	Corticóides de uso tópico e/ou sistêmico
Pênfigo	Corticóides de uso tópico e/ou sistêmico
Pênfigóide	Corticóides de uso tópico e/ou sistêmico
Síndrome da Ardência Bucal	Nistatina Colutórios Corticóides de uso tópico e/ou sistêmico
Neuralgia do Trigêmeo	Carbamazepina
Queimaduras químicas e físicas	Corticóides de uso tópico
Candidíase	Nistatina Fluconazol Itraconazol

Queilite angular	Nistatina
Gengivostomatite herpética	Aciclovir

Fonte: Tabela elaborada pelo Grupo de Trabalho de Estomatologia.

Tabela 4 – Relação de fármacos utilizados em Estomatologia, suas apresentações e código conforme Relação de Medicamentos Padronizados do DF (REME-DF – <https://www.saude.df.gov.br/remedf/>)

ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS		
Medicamento	Apresentação	REME
Betametasona	Creme 0,1% bisnaga de 30g	90640
Betametasona	Suspensão injetável 3mg + 3mg/mL ampola 1mL	90094
Dexametasona	Comprimido 4 mg	90355
Dexametasona	Solução injetável 4mg/mL – ampola ou frasco ampola de 2,5 mL	33711
Diclofenaco	Solução injetável 25mg/mL – ampola de 3 ml	90191
Dipirona	Solução injetável 500mg/mL – ampola 2mL	90063
Dipirona	Solução oral 500mg/mL – frasco de 10mL	90062
Ibuprofeno	Comprimido 600mg	11087
Ibuprofeno	Suspensão oral 50mg/mL – frasco de 30 mL	24503
Paracetamol	Comprimido 500mg	20060
Paracetamol	Solução oral 200mg/mL frasco de 15mL	90314
Prednisona	Comprimido 5mg	90648
Prednisona	Comprimido 20 mg	90649
Prednisolona	Solução oral 3 mg/mL – frasco de 100 a 120 mL	90286
Tenoxicam	Pó para solução injetável 20mg – frasco-ampola	90215
Tramadol	Solução injetável 50mg/mL – ampola de 2mL	90218
ANTICONVULSIVANTES		
Carbamazepina	Comprimido 200mg	90071
Carbamazepina	Suspensão oral 100mg/5mL, frasco 100mL	90072
ANTIBIÓTICOS		
Medicamento	Apresentação	REME
Amoxicilina	Comprimido/cápsula 500mg	90895
Amoxicilina	Pó para suspensão oral, frasco 150mL	90896
Amoxicilina+clavulanato de potássio	Comprimido 500/125mg	90703
Amoxicilina+clavulanato de potássio	Pó para suspensão oral 250mg+65,5mg/5mL, frasco de 75 ou 100mL	90702
Ampicilina	Pó para solução injetável 500mg – frasco ampola	90881
Ampicilina+Sulbactam	Pó para solução injetável 2000 mg+1000 mg– frasco ampola	90302
Azitromicina	Comprimido 500 mg	90106
Azitromicina	Pó para solução injetável 500mg – frasco ampola	90259
Azitromicina	Pó para suspensão oral 40mg/mL, frasco de 22,5mL	20127
Benzilpenicilinabenzatina	Pó para solução injetável 600.000 UI, frasco ampola	90874

Benzilpenicilinabenzatina	Pó para solução injetável 1.200.000 UI, frasco ampola	33608
Benzilpenicilina potássica	Pó para solução injetável 5.000.000 UI, frasco ampola	90876
Benzilpenicilina + procaína potássica	Pó para solução injetável 300.000UI + 100.000UI, frasco ampola	90878
Cefalexina	Drágea ou comprimido 500 mg	90884
Cefalexina	Pó para suspensão oral 50mg/ mL, frasco de 100mL	90885
Ceftriaxona	Pó para solução injetável 500 mg – frasco ampola	35709
Ceftriaxona	Pó para solução injetável 1g, frasco ampola	90889
Clindamicina (cloridrato)	Cápsula 300mg	90099
Clindamicina (fosfato)	Solução injetável 150mg/mL, ampola de 4 mL	90104
Eritromicina (estolato)	Pó para suspensão oral 50mg/mL frasco com no mínimo 60mL	24309
Metronidazol	Comprimido 400mg	90708
Metronidazol	Pó para suspensão oral 40mg / mL	90909
Metronidazol	Solução injetável 5mg/mL, bolsa ou frasco de 100mL	10278
Oxacilina (sódica)	Pó para solução injetável 500mg, frasco ampola	90883

ANTISSÉPTICOS

Medicamento	Apresentação	REME
Clorexidina	Solução alcoólica 5mg/mL, frasco 1000mL	20324
Clorexidina	Solução aquosa 10mg/mL (1%), frasco de 1000mL	34535
Clorexidina	Solução degermante 40mg/mL, frasco de 1000mL	20226
Iodopovidona	Solução aquosa 10mg/mL em iodo ativo, frasco 1000mL	90830

ANTIFÚNGICOS

Medicamento	Apresentação	REME
Nistatina	Solução aquosa 100.000UI	90924
Miconazol (nitrato)	Crema dermatológico 20mg/g	31654
Cetoconazol	Crema 2%	90292
Fluconazol	Cápsula 150mg	4350
Itraconazol	Cápsula 100mg	4524

ANTIVIRAL

Aciclovir	Comprimido 200mg	90869
-----------	------------------	-------

Fonte: Tabela elaborada pelo Grupo de Trabalho de Estomatologia.

8.3.2 Esquema de Administração

Tabela 5 – Esquema de administração dos fármacos disponíveis utilizados em Estomatologia.³²

ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS		
Medicamento	Apresentação	Posologia

Dexametasona	4 mg (comprimido), 4 mg/ml (solução injetável – ampola ou frasco ampola de 2,5 ml)	Ministrado de 08/08h por via oral ou endovenosa enquanto o sintoma persistir.
Dexametasona	Elixir 0,1mg/ml (frasco 100ml)	Bochecho com 5ml da solução por um minuto sem engolir três vezes ao dia por 15 dias ou até o desaparecimento da lesão.
Diclofenaco	Solução injetável 25mg/ml – ampola de 3 ml	Ministrado por via intramuscular de 08/08h enquanto o sintoma persistir.
Dipirona	Solução injetável 500mg/ml – ampola 2ml	Ministrado de 06/06h por via endovenosa enquanto o sintoma persistir.
Dipirona	Solução oral 500mg/ml – frasco de 10ml	Ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
Ibuprofeno	Comprimido 600mg	Ministrado de 08/08h enquanto o sintoma persistir.
Ibuprofeno	Suspensão oral 50mg/ml – frasco de 30 ml	Ministrado de 08/08h enquanto o sintoma persistir.
Paracetamol	Comprimido 500mg	Ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
Paracetamol	Solução oral 200mg/ml frasco de 15ml	Ministrado de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
Prednisona	Comprimido 5mg	Três comprimidos às 8h nos três primeiros dias. No quarto e quinto dias, reduzir para dois comprimidos e, no sexto e último dia, reduzir para um comprimido.
Tenoxicam	Pó para solução injetável 20mg – frasco-ampola	Ministrado de 24/24h por via endovenosa enquanto o sintoma persistir.
Tramadol	Solução injetável 50mg/ml – ampola de 2ml	Ministrado de 12/12h por via intramuscular ou endovenosa enquanto o sintoma persistir.

ANTIBIÓTICOS

Medicamento	Apresentação	Posologia
Amoxicilina	Comprimido/cápsula 500mg	Ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
Amoxicilina	Pó para suspensão oral, frasco 150ml	Ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
Amoxicilina+clavulanato de potássio	Comprimido 500/125mg	Ministrado de 08/08 h durante 07 dias.

Amoxicilina+clavulanato de potássio	Pó para suspensão oral 250mg+65,5mg/5ml, frasco de 75 ou 100ml	Ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
Ampicilina	Pó para solução injetável 500mg – frasco ampola	Ministrado por via endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Ampicilina+Sulbactam	Pó para solução injetável 2000 mg+1000 mg– frasco ampola	Ministrado por via endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Azitromicina	Comprimido 500 mg	Ministrado por via oral ou endovenosa de 24/24 h durante 03 dias.
Azitromicina	Pó para solução injetável 500mg – frasco ampola	Ministrado por via oral ou endovenosa de 24/24 h durante 03 dias.
Azitromicina	Pó para suspensão oral 40mg/ml, frasco de 22,5ml	Ministrado por via oral ou endovenosa de 24/24 h durante 03 dias.
Benzilpenicilinabenzatina	Pó para solução injetável 600.000 UI, frasco ampola	Ministrado por via intramuscular profunda em dose única.
Benzilpenicilinabenzatina	Pó para solução injetável 1.200.000 UI, frasco ampola	Ministrado por via intramuscular profunda em dose única.
Benzilpenicilina potássica	Pó para solução injetável 5.000.000 UI, frasco ampola	Ministrado por via endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Benzilpenicilina+procaína potássica	Pó para solução injetável 300.000UI + 100.000UI, frasco ampola	Ministrado por via intramuscular profunda em dose única.
Cefalexina	Drágea ou comprimido 500 mg	Ministrado de 06/06 h durante 07 dias.
Ceftriaxona	Pó para solução injetável 1g, frasco ampola	Ministrado por via endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Clindamicina (cloridrato)	Cápsula 300mg	Ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
Clindamicina (fosfato)	Solução injetável 150mg/ml, ampola de 4 ml	Ministrado por via endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Eritromicina (estolato)	Pó para suspensão oral 50mg/ml frasco com no mínimo 60ml	Ministrado de 08/08 h durante 07 dias.
Metronidazol	Comprimido 400mg	Ministrado por via oral ou endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.

Metronidazol	Pó para suspensão oral 40mg / ml	Ministrado por via oral ou endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Metronidazol	Solução injetável 5mg/ml, bolsa ou frasco de 100ml	Ministrado por via oral ou endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.
Oxacilina (sódica)	Pó para solução injetável 500mg, frasco ampola	Ministrado por via endovenosa de 08/08 h durante 07 dias.

ANTIFÚNGICOS

Medicamento	Apresentação	Posologia
Nistatina	Solução aquosa 100.000UI	Fazer bochecho com 5 a 10 ml da solução, 04 vezes ao dia por 7 a 14 dias, retendo a solução na boca por 1 a 2 minutos antes de iniciar o bochecho. Após o bochecho, pode-se deglutir a solução.
Miconazol (nitrato)	Creme dermatológico 20mg/g	Aplicar sobre a área afetada, com o auxílio de uma gaze enrolada no dedo, 03 vezes ao dia, por 7 a 14 dias.
Fluconazol	Cápsula 150mg	50 a 100 mg por dia por 7 a 14 dias.
Itraconazol	Cápsula 100mg	01 cápsula ao dia por 14 dias.

ANTIVIRAL

Aciclovir	Comprimido 200mg	05 vezes ao dia, durante 05 dias.
-----------	------------------	-----------------------------------

ESCLEROSANTE

Medicamento	Apresentação	Posologia
Oleato de monoetanolamina	Solução injetável 50mg/ml, ampola 2ml	Estabelecer a dosagem a ser administrada de acordo com o tamanho da lesão.

Fonte: Tabela elaborada pelo Grupo de Trabalho de Estomatologia.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tempo de tratamento farmacológico é definido conforme o quadro clínico e a posologia indicada para cada classe medicamentosa: analgésicos e anti-inflamatórios; antibióticos; antifúngicos; antivirais; e esclerosantes. Recomenda-se o uso racional de medicamentos, prescrevendo-se a dose mínima eficaz para o caso.³³

Analgésicos e Anti-inflamatórios:

A prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios é determinada pela intensidade da dor e da gravidade do processo inflamatório. Está diretamente relacionada ao tipo e à duração do

procedimento odontológico, sendo usada principalmente para o controle da dor pós-operatória. Esses medicamentos podem ainda ser prescritos com a finalidade de analgesia preventiva, sendo administrados previamente à intervenção a fim de prevenir ou diminuir a sensibilização nervosa no pós-operatório.³³

A escolha dessa classe de medicamentos será feita levando-se em consideração as características individuais de cada paciente e de acordo com o sítio de ação, do efeito desejado e sua duração.³³

O processo inflamatório pós-operatório é esperado entre 36 e 48 horas após a realização da intervenção. Por esse motivo, o aparecimento ou aumento de edemas dois ou três dias depois da execução de um procedimento pode ser sinal de infecção, e não inflamação. Assim, será necessária a reavaliação clínica do paciente, bem como a prescrição de terapia antimicrobiana se for o caso.³³

As escolhas entre as classes de anti-inflamatórios devem ser feitas de acordo com a indicação na prevenção e controle da resposta inflamatória. Os anti-inflamatórios esteroidais (corticoides) e não esteroidais (AINES) possuem mecanismos de ação diferentes. Os corticóides, por agirem na cascata inflamatória, têm um potencial anti-inflamatório mais significativo que os AINES. O uso de corticosteróides por gestantes, lactantes, diabéticos, pacientes imunossuprimidos e portadores de doenças vasculares, úlceras pépticas ativas ou infecções bacterianas disseminadas deve ser feito com cautela, pois esses medicamentos causam aumento da glicemia, podendo ocasionar reações adversas.³³

Antibióticos

Os antibióticos são indicados para o tratamento de infecções odontogênicas, infecções orais não-odontogênicas, profilaxia contra infecção focal e infecção disseminada para tecidos e órgãos vizinhos. Gravidez, disfunção renal e hepática são algumas situações que requerem especial cuidado ao prescrever esses medicamentos.³⁴

A administração dos antibióticos irá depender da gravidade da infecção, da condição sistêmica apresentada pelo paciente e, quando houver, do resultado encontrado no antibiograma. O uso deve sempre ser pautado pela racionalidade, com prazos de administração baseados em evidências, a fim de prevenir a resistência bacteriana.³⁴

Antifúngicos

Os antifúngicos são fármacos utilizados no tratamento de infecções fúngicas. São muito utilizados em Odontologia no tratamento das micoses orais. Os bons antifúngicos devem possuir uma boa farmacocinética, boa estabilidade e um amplo espectro de ação. O tempo de tratamento é influenciado pelo o princípio ativo do medicamento e sua respectiva posologia.³⁴

Antivirais

Infecções virais bucais normalmente regredem espontaneamente, não necessitando de tratamento medicamentoso. No entanto, esses fármacos auxiliam na diminuição da virulência e na intensidade das manifestações orais das doenças virais. É importante salientar que os antivirais são efetivos apenas quando o vírus está na fase de replicação³⁵. A dose e o tempo de administração devem ser prescritos de acordo com a posologia de cada antiviral.

Esclerosantes

A esclerose por infiltração de agente químico é uma das modalidades terapêuticas mais utilizadas por ter como vantagem ser um procedimento pouco invasivo e não promover cicatriz aparente. A quantidade e o intervalo da administração do oleato de monoetanolamina (solução injetável 50mg/ml) devem ser proporcionais ao tamanho da lesão, preconizando-se, de modo geral, que sua aplicação seja realizada em sessões intercaladas com no mínimo sete dias entre cada aplicação, não ultrapassando 2 ml por infiltração.³⁶

O tratamento com quaisquer classes de medicamentos deverá ser suspenso em caso de alergia, diarreia ou quaisquer outros sinais e sintomas adversos. Nesse caso, o paciente deverá ser orientado a retornar à unidade de saúde de referência para consulta com o profissional prescritor.³⁶

9- Benefícios Esperados

Os benefícios esperados do tratamento em Estomatologia são o diagnóstico e tratamento das lesões orais, propiciando melhor qualidade de vida ao usuário do serviço. Além disso, almeja-se o diagnóstico precoce das lesões malignas, e encaminhamento rápido do paciente para tratamento especializado, visando minimizar as sequelas e aumentar sua sobrevida.

10- Monitorização

O cirurgião dentista tem autonomia para avaliar o usuário de Estomatologia e elaborar um plano de tratamento individualizado, que contemplará as necessidades específicas de cada paciente de acordo com a especificidade de seu tratamento e acompanhamento. O número de consultas e o intervalo entre elas depende do estado clínico apresentado pelo paciente, de acordo com a avaliação da progressão, regressão ou remissão da doença. O intervalo entre as consultas varia de 1 a 3 semanas, se estendendo até a conclusão do tratamento da condição.

A preservação do quadro clínico do paciente é individual, a depender do diagnóstico e da resposta obtida após o tratamento proposto.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

O acompanhamento ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal após o término do tratamento odontológico e será estipulado de acordo com a gravidade do caso apresentado. Os casos de menor gravidade podem ser monitorados pelas Equipes de Saúde Bucal na APS, conforme orientação do profissional que o atendeu na atenção especializada (Anexo 4). O diálogo e a comunicação entre os níveis de atenção são essenciais para que o paciente seja adequadamente acompanhado e tenha seus retornos programados de acordo com sua necessidade específica. Para isso, é fundamental que o profissional da especialidade faça a contra-referência do paciente para a APS informando o tratamento realizado e se há alguma conduta a ser seguida e/ou necessidade de retornos periódicos desse paciente.

Após a conclusão do tratamento no CEO, o paciente deverá ser obrigatoriamente contra-referenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, com relatório contendo o diagnóstico e o tratamento/ encaminhamento para a atenção terciária realizada pelo especialista, principalmente nos casos de lesões com potencial de malignização, com retornos periódicos no CEO, a critério do estomatologista.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Anexo 5.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação do acesso ao tratamento na especialidade Estomatologia é feita por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) por um profissional regulador. O cirurgião dentista da Atenção Primária de Saúde deverá inserir o nome do usuário no sistema, classificando-o de acordo com os Critérios Gerais de Classificação Sistêmica ou Social para Priorização do Acesso, conforme a Nota Técnica de Regulação da Estomatologia (Nota Técnica SEI-GDF n.º 8/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO, que versa sobre critérios de encaminhamento de pacientes para a realização de consulta de distúrbios tempororo - mandibulares, data de acesso 19/10/2021, <https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/DTM.pdf>)²⁷ e Portaria nº 1388, de 12 de dezembro de 2018, que estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal.

O controle e avaliação de dados pelo o gestor serão coletados, em cada unidade de saúde da SES-DF, e analisados de forma mensal através do perfil de estatística do TrakCare. Caso seja necessário para complementaridade de informações, outros sistemas de prontuários eletrônicos, como o E-SUS, poderão ser utilizados para um maior abarco de referências.

14- Referências Bibliográficas

1. Resolução CFO nº 116, de 03/04/2012
2. Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde, publicada em 28 de setembro de 2017
3. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal [acesso em 13 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>
4. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca/profissional-de-saude>
5. CID – 10 - <https://www.cid10.com.br/>
6. Patologia Oral e Maxilofacial – Neville – 4ª edição 2016
7. Site: Lesões Bucais - www.lesoesbucalis.com.br
8. Pereira KMA, Rocha DAP, Galvão HC, Freitas RA. Ulceração aftosa recorrente: revisão dos conceitos atuais. RevOdontol UNESP. 2006; 35(1): 61-7. - ISSN 1807-2577.
9. WHO Classification of Head and Neck Tumours
10. Peixoto, RF, Menezes, DPM, Pereira, JS, Pereira, KMA, Costa, ALL. Tumor odontogênico ceratocístico: revisão dos achados atuais. Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxilo-Fac., Camaragibe v.9, n.3, p. 21-28, jul./set. 2009.
11. Cisto Dentígero: modalidades de tratamento. Caliento, R., Mannarino, F., S., HochuliVieira, E. RevOdontol UNESP. 2013; 42(6): 458-462.
12. Fundamentos de Medicina Oral - Silverman, Eversole, Truelove – 1ª edição 2004
13. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Manual de Detecção de lesões suspeitas – Câncer de Boca. 1996-2001 http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.14.36.6a2ee5beed1e1f969b8c666fc9469879.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA, 2002 52p. ISBN 857318-060-9

15. AC Camargo Câncer Center - <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/boca-egarganta/1/>
16. Teixeira, AKM et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(3): 229-236.
17. Nery de Lima, NA, Milani, BA, Massaine, LF, Souza, AM, Jorge, WA. Sialolitíase em glândula submandibular: relato de caso clínico. Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxilo-Fac., Camaragibe v.13, n.1, p. 23-28, jan./mar. 2013.
18. Brozoski et al. Osteonecrose maxilar associada ao uso de bisfosfonatos. RevBrasReumatol 2012;52(2):260-270.
19. Matos, FR, Benevenuto, TG, Medeiros, AMC, Silveira, EJD, Freitas, RA. Lesão central de células gigantes agressiva: relato de caso e revisão dos aspectos atuais. RevOdontol UNESP, Araraquara, v. 38, n. 5, p. 324-27, set./out. 2009.
20. Almeida VGV, Melo GMA, Lima GA. Queilite angular: sinais, sintomas e tratamento. Internacional JournalofDentistry, Recife, 6(2): 55-57 ABR / JUN 2007.
21. Lawall, MA, Almeida, JFA, Bosco, JMD, Bosco, A. Gengivoestomatite herpética primária em adulto: Relato de caso clínico.
22. Ribeiro CM, Caixeta CA, Carli ML, Sperandio FF, Magalhães EMS, Pereira AAC et al. Photodynamic inactivation of oral paracoccidioidomycosis affecting woman with systemic lupus erythematosus: Anunusual case report, Photodiagnosis PhotodynTher. 2017; 17:160-163.
23. Santos LFM et al. Photodynamic inactivation of *Paracoccidioides brasiliensis* helps the outcome of oral paracoccidioidomycosis, Lasers MedSci 2017; 32:921-930
24. HPV Info Brasil - <http://hpvinfo.com.br/hpv-livro-12-hpv-bucal/>
25. Egg, NSO, Castro, CIS, Rodrigues, FN, Cury, VF. Melanose racial e outras lesões pigmentadas da cavidade bucal – Revisão de Literatura. Rev Periodontia – Set 2009, 19(3):49-55.
26. Terapêutica medicamentosa em Odontologia – Eduardo Dias de Andrade 3ª Edição 2014.
27. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Notas Técnicas de Odontologia da SES/DF. [acesso em 13 de agosto de 2020].

Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/nt-odontologia/> (Nota Técnica SEI-GDF n.º 1/2018 - SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO)

28. Protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.
29. TelessaúdeRS. Protocolo de regulação em Estomatologia – Lesões de tecidos moles, 2014. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleduacao/protocolo-de-regulacao-em-estomatologia-lesoes-de-tecidos-moles/>. Acesso em 04 de agosto de 2017
30. Zimmermann, C. Avaliação de um roteiro de apoio à referência e à regulação em Estomatologia. 2015. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível no Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina (repositorio.ufsc.br).
31. Meurer, MI; Zimmermann, C; Grando, LJ. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentação para a comunicação profissional. Revista da ABENO, 15(3): 2-15, 2015
32. 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), ISBN 85-334-1228.
33. Gerzon, AL et al. Controle Farmacológico da dor pós-operatória na Odontologia: uma revisão. RSBP, 18 (1) 107-114, jan-jun, 2021.
34. Oliveira, ILM et al. Antimicrobianos de uso odontológico: informação para uma boa prática. Odontol. Clin. - Cient., Recife, 10 (3) 217-220, jul./set., 2011.
35. Neville, BW et al. Patologia Oral e Maxilofacial, 214-265, 2009.
36. Selim H, Selim A, Khachemoune A, Metwally SA. Use of sclerosing agent in the management of oral and perioral hemangiomas: review and case reports. Med Sci Monit 2007 Sep; 13(9): CS114-9.

Anexo 1 - Formulário de referência e contra-referência do e-SUS



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

REFERÊNCIA

Nome do cidadão		CNS	Classificação de risco
Sexo	Idade	Data de nascimento	Telefone
Nome da mãe		Município de nascimento	
Unidade de saúde solicitante		CNS	
Profissional solicitante		CNS	
Especialidade	Hipótese / Diagnóstico (CID10)		
Motivo do encaminhamento			
Observação			

CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de especialidade	AGENDA: Data e Hora
Paciente / conduta da especialidade	Diagnóstico (CID10)
Observação	

DATA DA CONSULTA

ASSINATURA E CARIMBO DO ESPECIALISTA

Anexo 2 - Formulário de referência e contra-referência da secundária para a terciária - protocolo Regulação de Consultas e Cirurgias de Cabeça e Pescoço na rede SES/DF Área(s): Referência Técnica Distrital de Cirurgia de Cabeça

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO DO HBDF

Nome completo: _____

Data nasc: _____ CNES: _____ Unidade de origem: _____

1 - Motivo do encaminhamento (história clínica e/ou resultado de exames)

2 - Hipótese diagnóstica: _____

3- Tabela de prioridade para atendimento

() VERMELHO	☐ Diagnóstico confirmado por histopatológico ou citopatológico de neoplasia maligna em Cabeça e Pescoço (CP) ☐ Tumoração cervical volumosa com comprometimento das vias respiratórias	☐ Abscesso cervical (com comprovado processo infeccioso associado)
() AMARELO	☐ Disfonia (rouquidão) em pacientes tabagistas e etilistas ☐ Lesões orais que não regredem em 1 mês ☐ Tumores de pele maiores que 1cm	☐ Nódulos cervicais que não regredem ou que estejam aumentando de tamanho em 1 mês ☐ Exames endoscópicos (videolaringoscopia) ou de imagem que evidenciem lesões suspeitas de neoplasia maligna
() VERDE	☐ Bócio (aumento da glândula tireóide) ☐ Litíase ou tumores em glândulas salivares ☐ Cistos cervicais (ducto do tireoglosso, branquiais, glândulas salivares, higromas císticos) ☐ Hemangiomas e linfangiomas	☐ Lipomas em CP ☐ Tumores de pele menores que 1cm (exceto se suspeita de melanoma) ☐ Doenças de Paratireóides ☐ outros
() AZUL Competência da ATENÇÃO BÁSICA	☐ Ultrassonografia cervical evidenciando nódulos de etiologia a esclarecer ☐ Nódulos tireoidianos tóxicos	☐ outros

4- Sugestão de exames mínimos para encaminhamento

- Biopsia ou PAAF da lesão
- Ecografia de pescoço

Data: _____

Assinatura e carimbo do médico

Anexo 3 – Auto-exame de boca

Auto-exame



1 Examine os lábios

Observe se há mudanças de cor e apalpe com os dedos para procurar áreas mais endurecidas. Vire os lábios, e examine a parte interna.



2 Examine a bochecha

Verifique em ambos os lados se há alguma ferida ou saliência diferente na parte interna das bochechas.



3 Apalpe a língua

Apalpe a superfície, procurando alterações. Lembre-se de que uma camada branca pode se acumular sobre a língua se esta não for higienizada.



4 Língua para um lado

Coloque a língua para fora e vire para um lado e depois para o outro. Observe bem e passe o dedo.



5 Embaixo da língua

Incline a cabeça para frente e observe embaixo da língua. Não se esqueça de passar o dedo para sentir se há caroços.



6 Observe o céu da boca

Incline a cabeça para trás e olhe. Um pequeno espelho pode ajudar.



7 Agora a garganta

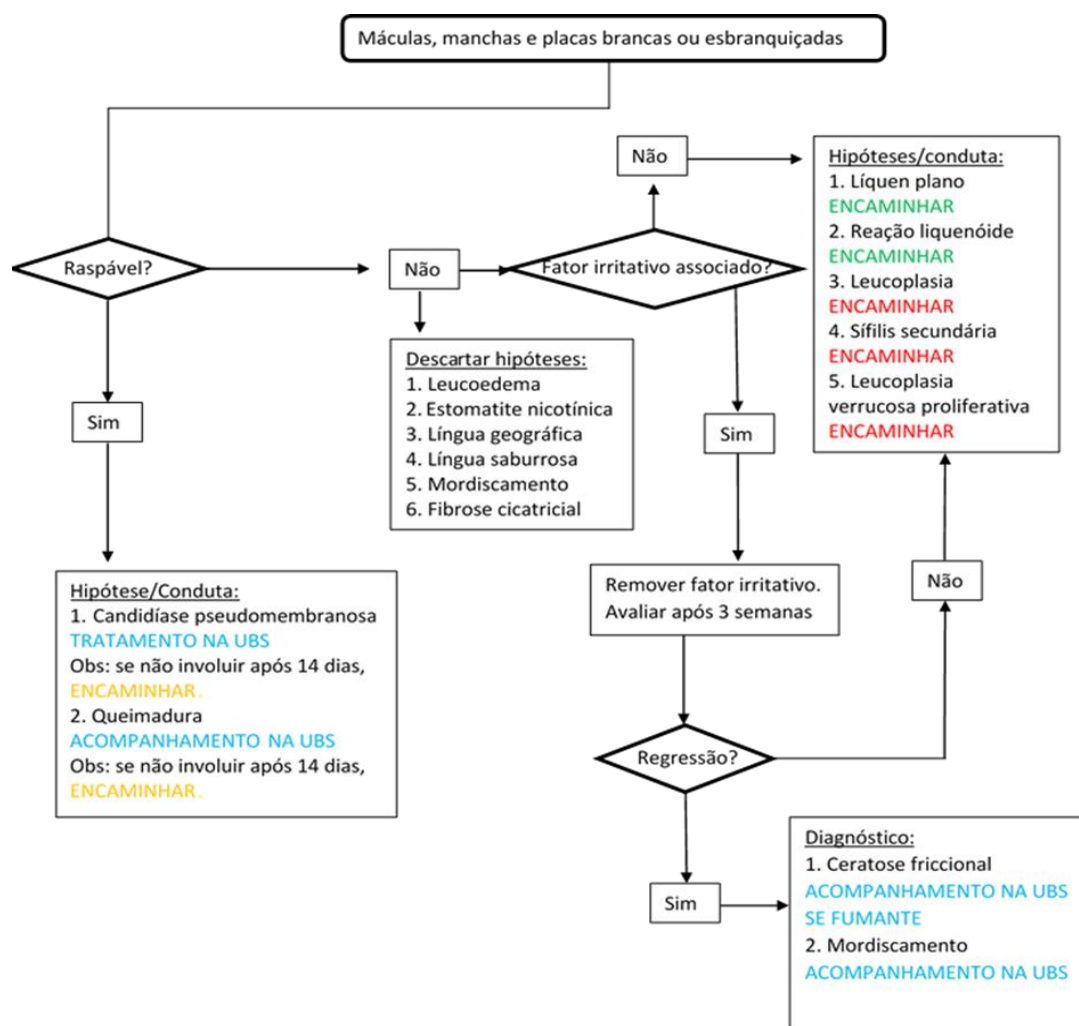
Examine bem sua garganta enquanto diga "AAA" em frente ao espelho.



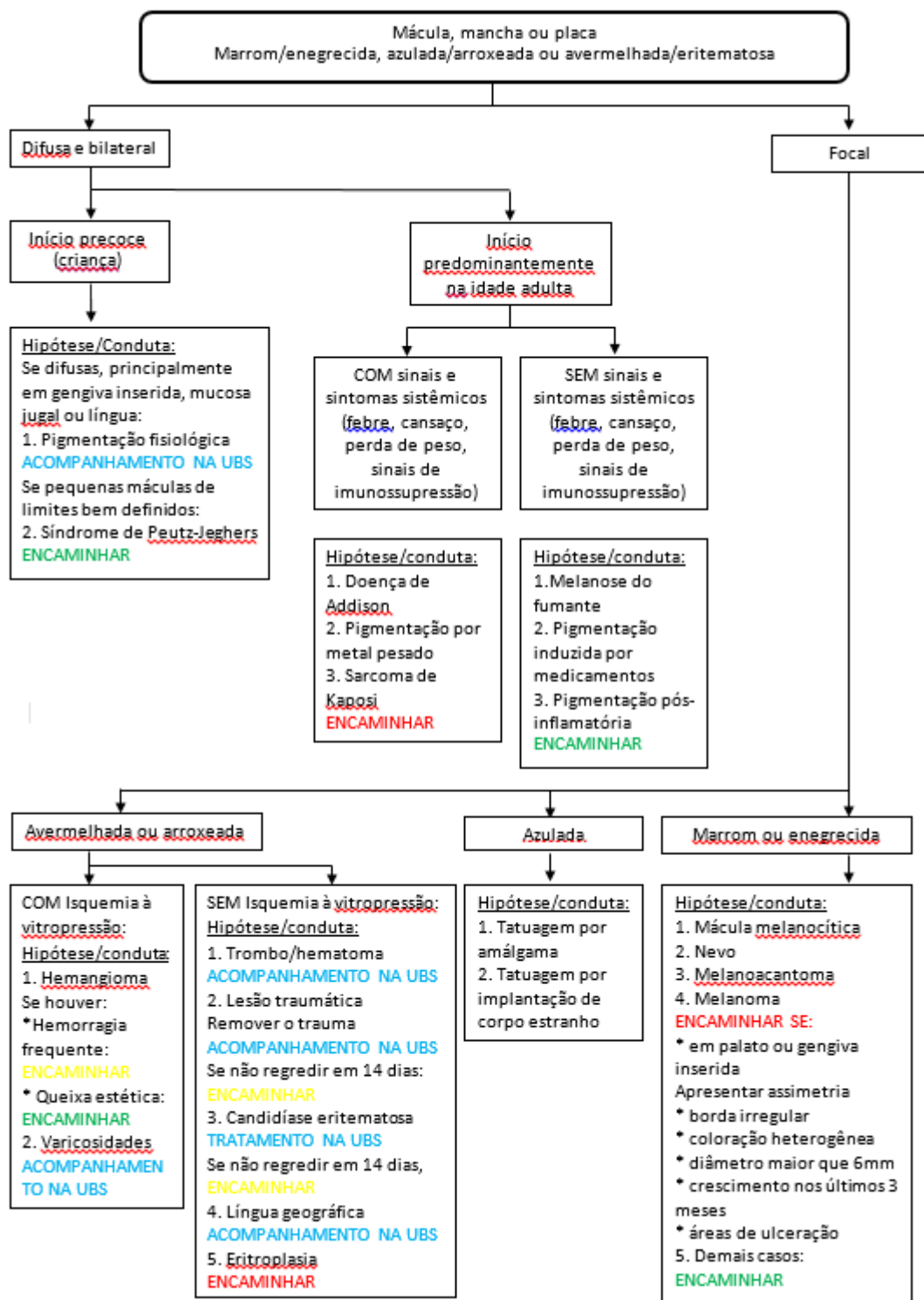
8 Examine o pescoço

Apalpe-o e embaixo da mandíbula verifique se há presença de caroços.

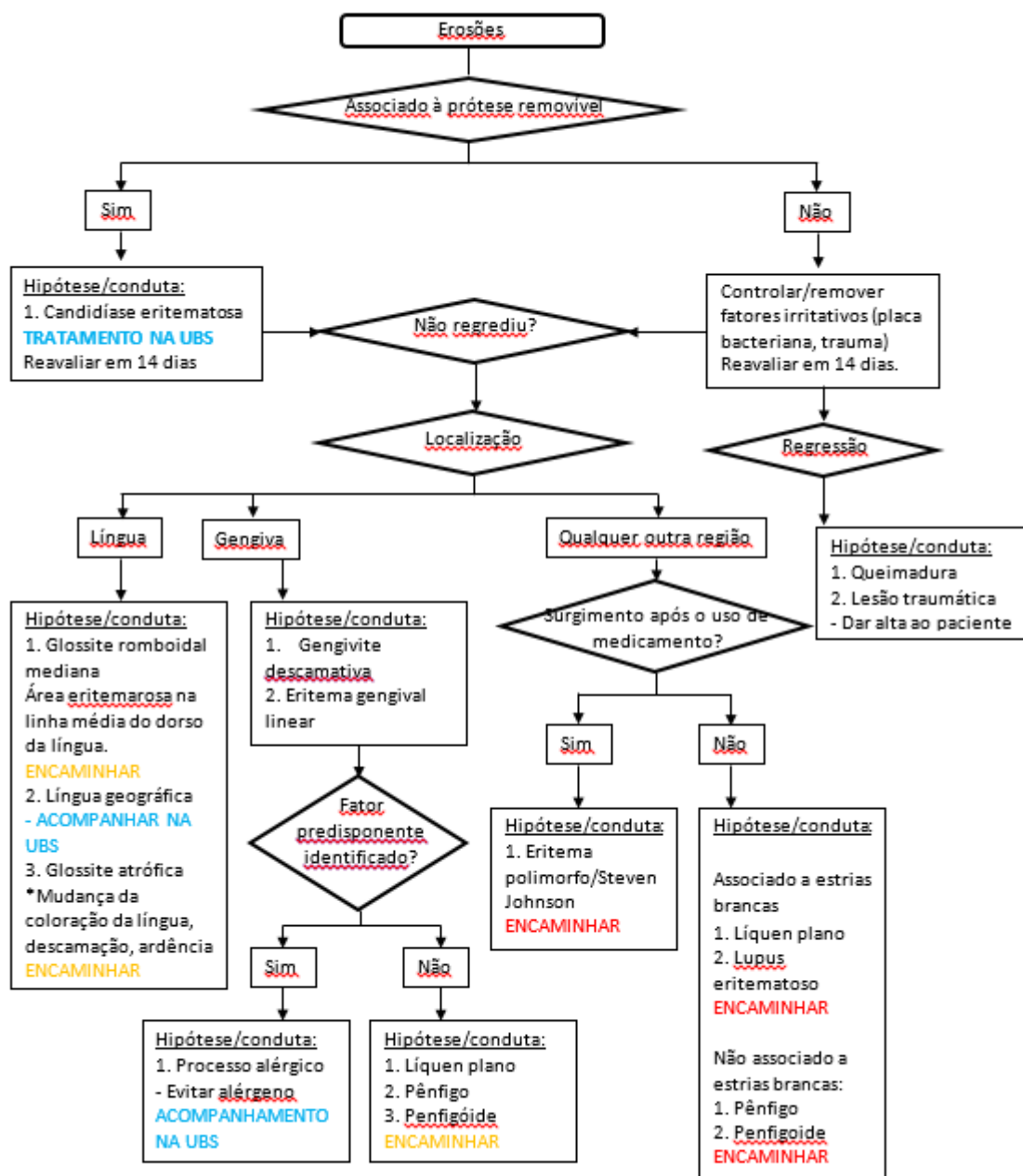
Anexo 4 – Fluxogramas



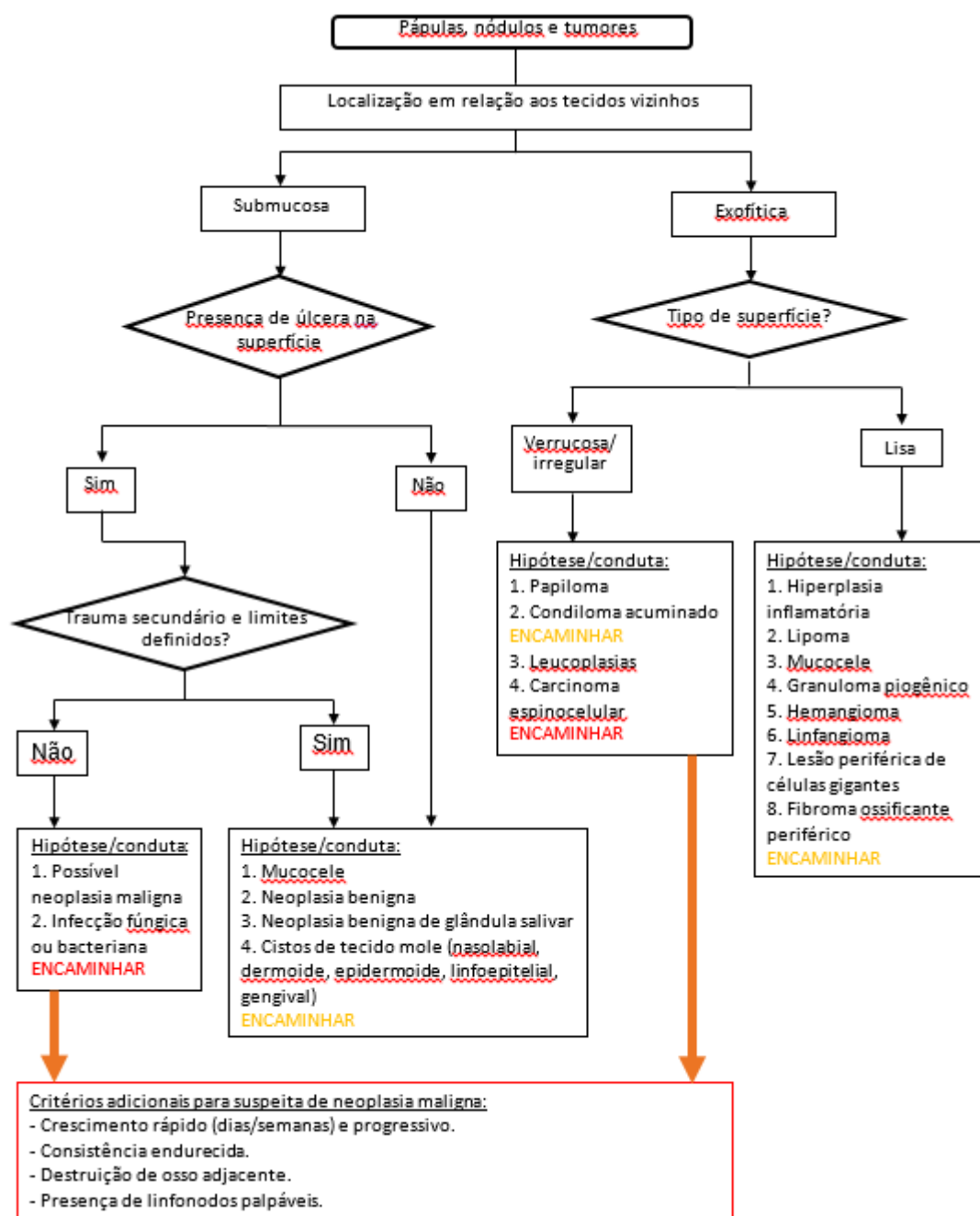
Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}



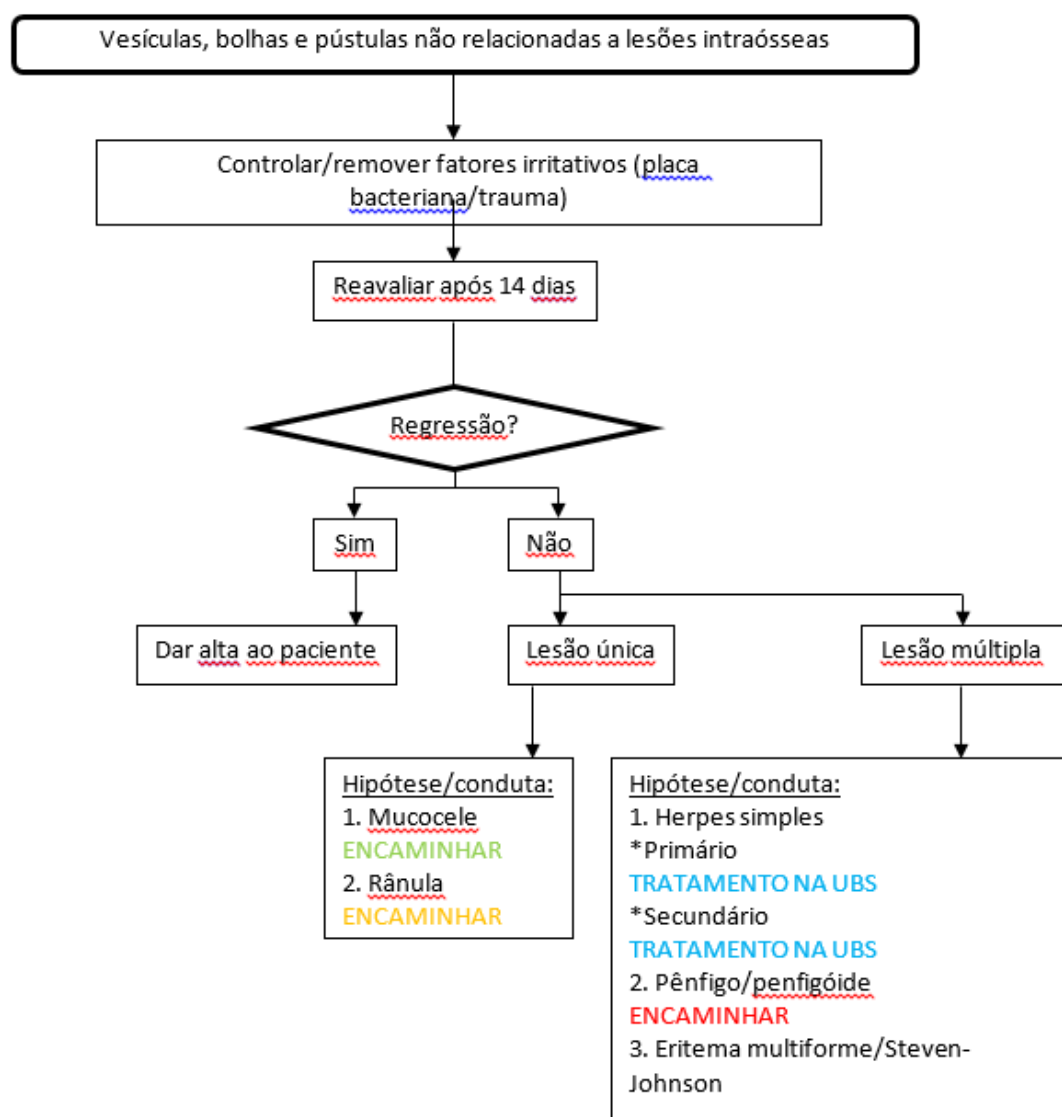
Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}



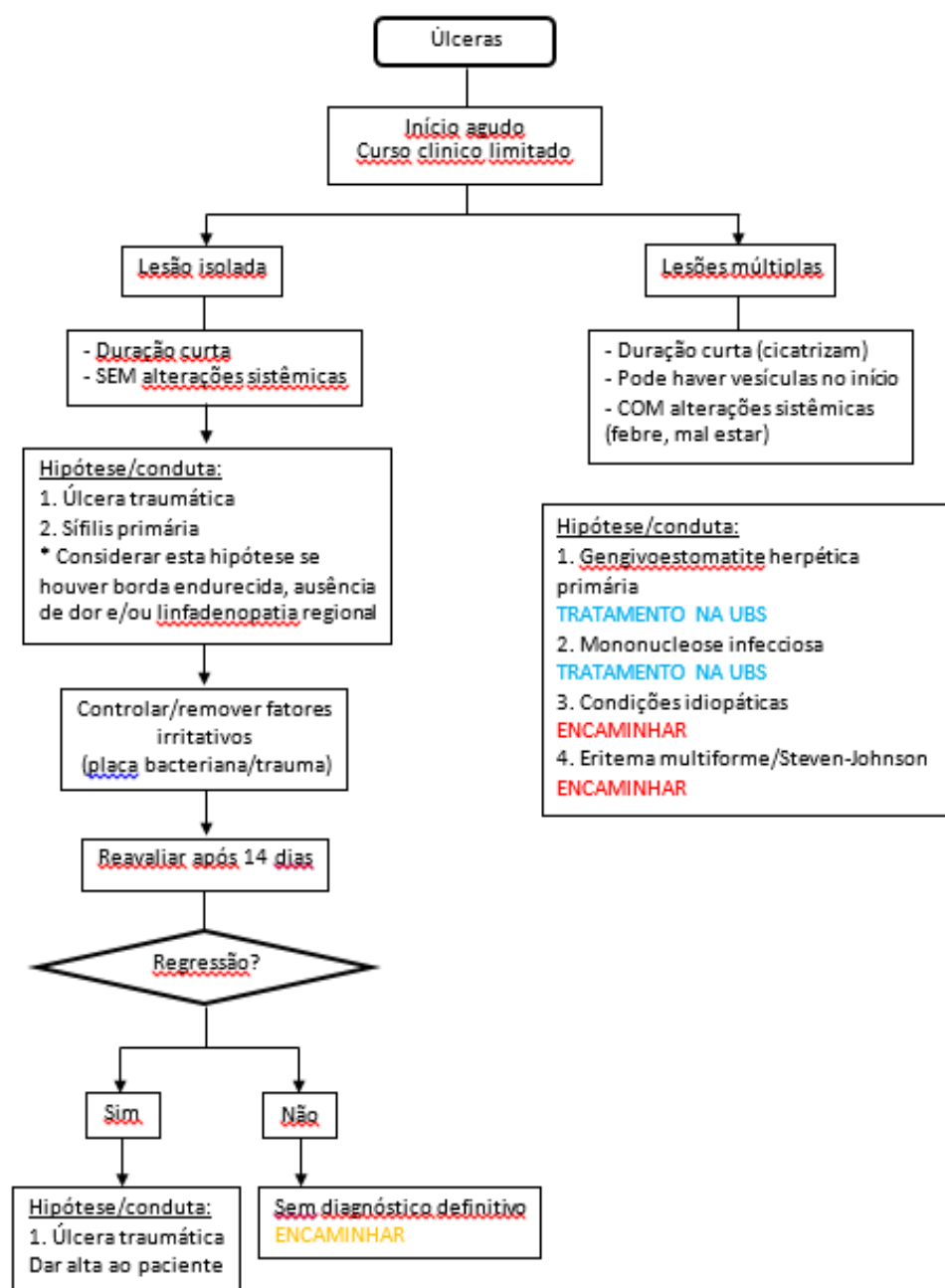
Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}



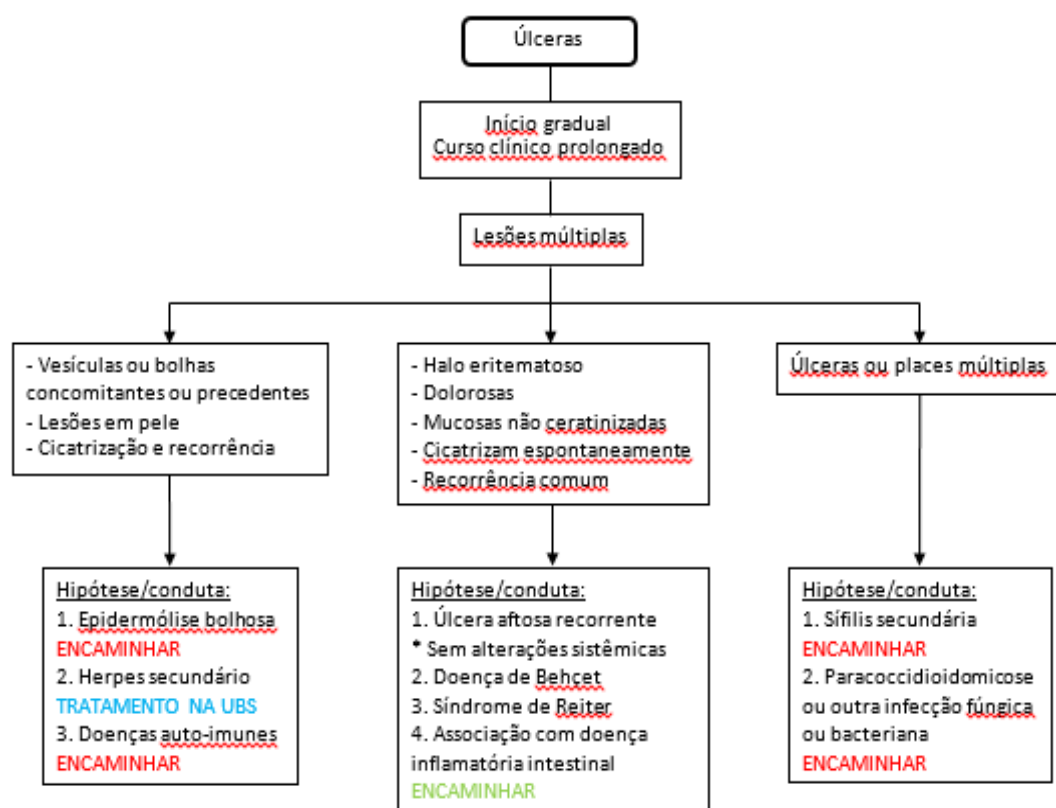
Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}



Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}



Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}



Fonte: Fluxograma adaptado do protocolo de acesso da regulação estadual ambulatorial SES/SC – Consulta em Estomatologia – 2017.^{28,29}

Anexo 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido em Estomatologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM ESTOMATOLOGIA

Por este instrumento, eu, _____, declaro ter sido informado que apresento uma alteração bucal, de caráter patológico, que necessita de intervenção cirúrgica para remoção parcial ou total da lesão (biópsia) com a finalidade de se obter um diagnóstico definitivo da doença. Caso a biópsia não permita a remoção total da lesão, será necessário posterior tratamento cirúrgico. De acordo com as características da patologia que for diagnosticada através da biópsia, o tratamento indicado poderá ocasionar alguma perda funcional ou da estética bucal. Entretanto, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico ou tratamento indicado, outras possíveis intercorrências serão devidamente informadas pelos profissionais assistentes, caso necessário. Após a liberação do diagnóstico histopatológico, receberei uma cópia do laudo anatomopatológico e serei esclarecido(a) sobre as características da lesão; as possíveis formas de tratamento/acompanhamento/controle, incluindo seus riscos e benefícios, além do prognóstico para o meu caso.

Estou ciente de que, durante a realização do procedimento para biópsia da lesão ou tratamento poderão ocorrer outras situações não diagnosticadas ou imprevistas, sendo necessárias alterações no plano de tratamento. Além disso, declaro ter sido informado e concordo com a indicação e o emprego de anestésico local, que apresenta os seguintes riscos: desmaio, respiração ofegante (hiperventilação), perda de sensibilidade (parestesia) e reação alérgica. Poderão ainda ocorrer desconforto, inchaço, equimose, infecção e dormência prolongada. Admito os riscos supracitados e permito voluntariamente que seja(m) realizado(s) o(s) procedimento(s) necessário(s) para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais que possam ocorrer.

Brasília, DF, ____ de _____ de 20__.

(Assinatura do (a) paciente/responsável)