



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Ortodontia

Área(s): Odontologia

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

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Foi realizada busca de dados no Scielo, PUBMED e Google Acadêmico que retornaram 57 artigos publicados em língua portuguesa e em língua inglesa. Foram buscados também notas técnicas, recomendações e demais publicações do Ministério da Saúde relacionadas com a saúde bucal e com a especialidade de Ortodontia.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Epidemiologia e malocclusão (*epidemiology and malocclusion*); prevalência e malocclusão (*prevalence and malocclusion*); apneia obstrutiva do sono e malocclusão (*obstructive sleep apnea and malocclusion*); tratamento ortodôntico e fissuras labiopalatinas (*orthodontic treatment and cleft lip and palate*); mantenedores de espaço (*space maintainer*); disjunção de maxila (*maxillary disjunction*); cirurgia ortognática (*orthognatic surgery*); preparo ortodôntico (*orthodontic decompensation*); ortodontia pré-cirúrgica (*presurgical orthodontics*); apinhamento e gengivite (*crowding and gingivitis*); modelador nasoalveolar (*nasoalveolar molding*).

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram utilizados 24 trabalhos entre artigos, notas técnicas e livros. Período: 2010 a 2020.

2- Introdução

As ações de Saúde Bucal no âmbito do Distrito Federal têm como fundamento a Política Nacional de Saúde Bucal, através dos manuais publicados pelo Ministério da Saúde ^{1,2}, pela Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal ³ e Notas Técnicas de Odontologia da SES/DF ^{4,5}. A Ortodontia é a especialidade da Odontologia relacionada à etiologia, diagnóstico e tratamento dos problemas de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento da face, dos arcos dentários e da oclusão.

O último levantamento de saúde bucal realizado no Brasil verificou prevalência de maloclusão muito severa de 7,1% aos 12 anos e 10,3% entre 15 e 19 anos. Quando limitados à região centro-oeste, os valores de prevalência encontrados para a idade de 12 anos e entre 15 e 19 anos foram, respectivamente, 8,6% e 9,5% ⁶. Uma vez que as maloclusões são reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a terceira maior prevalência entre as patologias bucais, há necessidade de estruturação da rede para o atendimento da demanda. Anomalias craniofaciais ocorrem em cerca de 5% dos nascimentos em todo o mundo, sendo as fissuras labiopalatais consideradas as malformações congênitas mais comuns. Acredita-se que uma prevalência média esteja entre um e dois indivíduos para cada 1000 nascimentos ⁷. Essa prevalência pode variar dependendo da região ^{8,9}. No Brasil, admite-se que a incidência fique em torno de uma em cada 650 crianças ¹⁰. As fissuras labiopalatais apresentam causas multifatoriais podendo envolver fatores genéticos, ambientais ¹¹ e englobam uma ampla variedade de malformações com extensões e amplitudes diversas. Para reabilitação do paciente portador de fissuras labiopalatais, uma equipe multiprofissional é necessária e a especialidade de ortodontia é considerada essencial ¹².

Dependendo da sua severidade, alterações de desenvolvimento dentoalveolares, quando não tratadas, podem produzir alterações do ponto de vista estético e funcional ¹³, principalmente no caso dos pacientes portadores de fissuras labiopalatais ¹⁴.

3- Justificativa

O aspecto estético exerce grande influência na integração social dos indivíduos e as deformidades faciais causam impacto maior que as demais deformidades físicas ¹⁵ tendo efeito protetor em relação à ocorrência de *bullying* ¹⁶.

O tratamento ortodôntico de pacientes portadores de deformidades faciais e de fissuras labiopalatais é indispensável para a reabilitação estética e funcional dentro do contexto do tratamento multiprofissional, que já é disponibilizado pela Rede da SES-DF através de cirurgias reparadoras de tecidos moles e bases ósseas, adaptação funcional mediante fonoterapia e outras especialidades envolvidas. Sem as movimentações dentárias realizadas por meio da Ortodontia, as correções cirúrgicas tendem a ter resultado limitado,

podendo em alguns casos agravar a condição de saúde bucal do paciente. Portanto, o tratamento ortodôntico é indispensável para garantir a integralidade do atendimento de pacientes portadores de fissuras labiopalatinas e deformidades faciais contribuindo para a inserção social desses pacientes.

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

K07.0 Anomalias importantes do tamanho da mandíbula

K07.1 Anomalias da relação entre a mandíbula com a base do crânio

K07.2 Anomalias da relação entre as arcadas dentárias

K07.3 Anomalias da posição dos dentes

K07.4 Maloclusão, não especificada

Q35 Fenda do palato

Q35.1 Fenda do palato duro

Q35.3 Fenda do palato mole

Q35.9 Fenda palatina NE

Q36 Fenda labial

Q36.0 Fenda labial bilateral

Q36.1 Fenda labial mediana

Q36.9 Fenda labial unilateral

Q37 Fenda palato c/fenda labial

Q37.0 Fenda palato duro c/fenda labial bilateral

Q37.1 Fenda palato duro c/fenda labial unilateral

Q37.2 Fenda palato mole c/fenda labial bilateral

Q37.3 Fenda palato mole c/fenda labial unilateral

Q37.4 Fenda palatos duro mole c/fenda labial bilateral

Q37.5 Fenda palatos duro mole c/fenda labial unilateral

Q37.8 Fenda do palato c/fenda labial bilateral NE

Q37.9 Fenda do palato c/fenda labial unilateral NE

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

5.1 Pacientes portadores de deformidades dentofaciais

O diagnóstico será realizado de acordo com as avaliações clínicas e análise de exames complementares como: radiografia panorâmica, radiografias periapicais, telerradiografia lateral, telerradiografia pósterio-anterior, modelos de gesso e tomografia computadorizada. A presença de deformidade facial é caracterizada por alterações entre as bases ósseas da face e/ou alterações destas para com a base do crânio no sentido

transversal, vertical ou anteroposterior em magnitude suficiente que impossibilitem a correção estética e funcional sem a correção cirúrgica das bases ósseas. Estas alterações podem ser classificadas como:

- Mordida cruzada posterior esquelética - Alteração na relação transversal normal dos dentes posteriores caracterizado por discrepância na relação entre as bases ósseas;
- Mordida aberta “esquelética” - Ausência de trespasses vertical entre os dentes anteriores com alteração na relação espacial entre as bases ósseas;
- Classe I com alterações esqueléticas verticais e/ou transversais;
- Classe II esquelética - Discrepância anteroposterior entre maxila e mandíbula em que a mandíbula assume posição mais posterior que a maxila;
- Classe III esquelética - Discrepância anteroposterior entre maxila e mandíbula em que a mandíbula assume posição mais anterior que a maxila.

5.2 Pacientes portadores de fissuras labiopalatais

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

6- Critérios de Inclusão

- Pacientes maiores de 18 anos portadores de deformidades dentofaciais com alterações elencadas no item 5.1;
- Pacientes menores de 18 que tenham indicação de intervenções cirúrgicas precoces para correção de distúrbios de crescimento dos ossos da face;
- Pacientes portadores de fissuras labiopalatais congênitas cuja maloclusão seja causada por fissuras labiais, palatinas ou labiopalatais.

7- Critérios de Exclusão

7.1 Gerais:

Não poderão iniciar o tratamento ortodôntico pacientes que apresentarem qualquer das condições abaixo relacionadas:

- doença cárie em atividade;
- lesões de cárie não restauradas;
- destruições coronárias extensas sem reabilitação protética realizada;
- doença periodontal em atividade;
- restos radiculares;
- patologias de origem endodôntica não tratadas;

- falta de cooperação quanto à higiene bucal, ao tratamento e à assiduidade;
- ausências dentárias em número de reduzam significativamente a ancoragem.

7.2 Específicos:

7.2.1 Pacientes portadores de anomalias dentofaciais

- contraindicações para realização de cirurgias sob anestesia geral;
- pacientes nos quais não haja necessidade da realização de cirurgia ortognática para correção das discrepâncias esqueléticas;
- pacientes que apresentem condições comportamentais e/ou psicológicas que contra-indiquem o tratamento, mediante avaliação e parecer da psicologia.

7.2.2 Pacientes portadores fissuras labiopalatais

- usuários apresentando fissura labial e/ou palatal adquirida por processos traumáticos, neoplasias e outras doenças;
- pacientes que apresentem condições comportamentais e/ou psicológicas que contra-indiquem o tratamento, mediante avaliação e parecer da psicologia.

8- Conduta

A primeira consulta dos pacientes será agendada por meio do Sistema de Regulação (SisReg), solicitada pelos cirurgiões dentistas (CDs) lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Já para os pacientes portadores de fissuras labiopalatais, a primeira consulta será agendada através da regulação para a Junta Multiprofissional. A partir daí, ele será encaminhado para avaliação ortodôntica. Serão adotados critérios de classificação de risco que busquem priorizar o acesso, atendendo as urgências com base nos marcos do desenvolvimento, o que é extremamente importante na reabilitação desses pacientes.

Em ambos os casos serão seguidos os protocolos de regulação.

O fluxo de atendimento em Ortodontia dos pacientes portadores de deformidades dentofaciais e de fissuras labiopalatinas será realizada nas áreas de acordo como o que segue:

8.0.1. Pacientes portadores de deformidades dentofaciais

O tratamento ortodôntico dos pacientes portadores de deformidades dentofaciais será realizado no Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e no Hospital Regional de Santa Maria (HRSM). Estas unidades de atendimento já contam com serviço de cirurgia bucomaxilofacial, que é necessário para realização das cirurgias de correção das

bases ósseas, bem como dos demais procedimentos cirúrgicos auxiliares. Além disso, as cirurgias ortognáticas estão inseridas no contexto do programa de residência em cirurgia bucomaxilofacial, sendo parte necessária do treinamento desses profissionais, o que possibilita a sua integração com o ensino e a pesquisa.

A distribuição dos pacientes entre os dois hospitais será feita de acordo com localidade de residência do paciente. O HRSM atenderá pacientes residentes nas regiões administrativas de Santa Maria, Gama, Brazlândia, São Sebastião, Recanto das Emas e Samambaia. O HBDF realizará o atendimento dos pacientes residentes nas demais regiões administrativas.

Os pacientes serão inseridos no SisReg pelos CDs da Atenção Primária de Saúde (APS), lotados nas UBSs, para consulta em Ortodontia e agendados para a primeira consulta com o especialista em ortodontia. Este realizará o exame clínico, esclarecerá as dúvidas do paciente a respeito do tratamento ortocirúrgico e avaliará a indicação ou não de tratamento ortocirúrgico. Caso a indicação seja confirmada, o paciente será inserido no SisReg para aguardar a vaga para iniciar o tratamento ortocirúrgico. Nessa consulta poderão ser solicitados exames complementares necessários ao diagnóstico.

De acordo com a disponibilidade de vagas, os pacientes que aguardam para início do tratamento serão agendados para nova consulta com o ortodontista para novo exame clínico onde serão verificadas as condições de saúde bucal do paciente e a sua adequação ao tratamento. Serão solicitados os exames complementares para o diagnóstico e planejamento do caso. Uma vez realizado o planejamento ortodôntico inicial, o paciente será encaminhado para consulta com o cirurgião bucomaxilofacial, a fim de realizar o exame clínico no paciente, bem como apreciar o planejamento ortodôntico inicialmente proposto. É fundamental que nesta etapa o cirurgião bucomaxilofacial faça as sugestões de alterações no planejamento que achar necessárias para que o melhor resultado possível possa ser obtido. Nesta consulta também serão realizados os encaminhamentos necessários em relação a tratamentos ou acompanhamentos multiprofissionais e multidisciplinares que se fizerem necessários.

Após a definição do planejamento, será dado início à montagem e/ou confecção dos dispositivos ortodônticos prescritos de acordo com o plano de tratamento que foi determinado. O tratamento ortodôntico pré-cirúrgico será então conduzido pelo ortodontista, podendo este referenciar o paciente ao cirurgião bucomaxilofacial, sempre que houver necessidade em função da etapa do tratamento. Após o término do preparo ortodôntico, o paciente será encaminhado ao cirurgião bucomaxilofacial para que este execute o planejamento e o procedimento cirúrgico para correção das bases ósseas e insira o paciente no SisReg para a realização de cirurgia.

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

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

8.0.2. Pacientes portadores de fissuras labiopalatais

O acompanhamento para reabilitação do paciente portador de fissura labiopalatal é longo e requer vários momentos cirúrgicos, podendo ir desde recém-nascido até a fase adulta. Dentre as intervenções necessárias, o tratamento ortodôntico tem essencialmente momentos temporais considerados ideais ¹⁷.

A primeira consulta do paciente portador de fissura labiopalatal e sua família será realizada por meio do atendimento ofertado por uma Junta Multiprofissional, composta por profissionais da cirurgia plástica, fonoaudiologia e ortodontia. Caso ele esteja dentro dos critérios de inclusão será inserido no acompanhamento do serviço para realização de tratamento ortodôntico, que é indispensável e fundamental para o restabelecimento da saúde estética e funcional.

Inicialmente poderá haver uma intervenção envolvendo a ortopedia facial dos bebês, pois estudos mostram que o uso do modelador nasal é benéfico para os pacientes portadores de fissuras labiopalatais ¹⁸⁻²⁰. Os pacientes serão atendidos na clínica de ortodontia do ambulatório do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) para a instalação do modelador nasal, que favorece uma redução inicial da gravidade da fenda principalmente na porção anterior do maxilar. Esse procedimento é realizado antes da primeira cirurgia plástica. O modelador nasal melhora o posicionamento e remodela os tecidos moles da região nasal e labial do bebê. Essa terapia é eficaz não apenas para indução do melhor posicionamento dos ossos maxilares e ajuste dos alvéolos dentários, mas também como tratamento ortodôntico pré-cirúrgico para melhora da forma nasal, visando um melhor resultado final na cirurgia primária do lábio. A estratégia utilizada visa instalar uma fita elástica para unir os segmentos maxilares, criar uma tensão para minimizar o espaço entre os segmentos e minorar a deformação nasal. Além disso, inclui a instalação do modelador nasal para melhorar a deformação da asa do nariz do recém-nascido, quando necessário.

Posteriormente, quando necessário, pode haver intervenções preventivas e interceptativas durante a fase de dentição decídua e mista. É comprovada que a intervenção em momentos específicos do crescimento e desenvolvimento craniofacial do paciente portador de fissura labiopalatal ajuda a um melhor prognóstico na reabilitação ^{21,22}. Por outro lado, a avaliação do risco/benefício também é muito importante para não deixar o paciente em tratamento por um longo período de forma que o mesmo fique cansado e na idade

primordial para a colaboração com o tratamento ele já não queira contribuir ²³. Dentre as necessidades mais comuns nos pacientes com fissuras labiopalatais está a manutenção de espaço com mantenedor do tipo banda-alça, botão de Nance ou arco lingual. Porém, na maioria dos casos, é necessária a expansão não cirúrgica da maxila com disjuntores dos tipos Hyrax, Haas ou Macnamara. Por vezes faz-se necessário o uso da máscara facial, pois os pacientes portadores de fissuras labiopalatais têm uma tendência a apresentarem um padrão dentário e esquelético de Classe III ^{11,22,24}.

Em alguns casos, devido aos defeitos no osso alveolar e/ou agenesia na região de pré-maxila, os pacientes com fissuras labiopalatais poderão necessitar da cirurgia de enxerto ósseo alveolar. A idade ideal para tal procedimento requer que 1/3 da raiz do canino permanente esteja formada. Esses procedimentos cirúrgicos serão realizados no centro cirúrgico do HRAN pela equipe de Cirurgia Craniomaxilofacial e/ou Bucomaxilofacial (CBMF).

Após a cirurgia de enxerto alveolar, caso o paciente esteja na fase de troca da dentição, este será acompanhado mediante consultas regulares com análises clínicas e/ou radiográficas, quando necessárias.

Aqueles que necessitarem, entre 60 e 90 dias de pós-operatório ²³, poderão fazer o tratamento ortodôntico corretivo para melhor posicionamento dos dentes nas suas respectivas bases ósseas. Por vezes, a maloclusão poderá estar associada a alguma deformidade facial. Caso existam desarmonias entre as bases ósseas como: mordida aberta esquelética, assimetrias, retrusão de maxila e/ou protusão de mandíbula haverá necessidade de tratamento orto-cirúrgico a ser planejado em conjunto pela equipe da Ortodontia e da CBMF para que os problemas dentários e esqueléticos sejam tratados adequadamente.

Ao fim do tratamento ortodôntico corretivo, o paciente usará os aparelhos de contenção. Em pacientes com fissuras labiopalatais é bastante comum a ausência de germe dentário na região anterior. Nesses casos, os aparelhos de contenção removíveis terão dentes de estoque para preencher o espaço do(s) dente(s) faltante(s) até que o paciente possa ser reabilitado definitivamente.

Além dos casos citados anteriormente, o paciente com fissura labiopalatal poderá necessitar de placa obturadora quando há persistência da fissura palatal ou quando há dificuldade de normalização da fala devido à vibração dos tecidos moles do palato. Caso isso ocorra, os pacientes poderão ser reabilitados com placas obturadoras.

8.1 Conduta Preventiva

A prevenção de cárie e doença periodontal por meio da orientação de higiene, escovação supervisionada e informação à comunidade sobre a importância da saúde bucal

constitui a mais importante e acessível forma de prevenir o desenvolvimento de uma maloclusão. Dessa forma, as atividades de prevenção de cárie deverão ser realizadas pelos CDs das UBS em todo o público atendido, com especial atenção aos pacientes portadores de dispositivos ortodônticos, dado o aumento de acúmulo de placa bacteriana provocado por eles.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

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

- Aparelho ortodôntico fixo
- Barra transpalatina com ou sem extensão anterior
- Arco lingual com ou sem esporões
- Placa de Hawley simples com ou sem dentes de estoque
- Grade palatina fixa com ou sem ponta ativa
- Mantenedor de espaço
- Arco extrabucal com ou sem aparelho removível (SPLINT)
- Máscara facial
- Disjuntor tipo Macnamara
- Aparelhos ortopédicos funcionais
- Quadrihélix
- Disjuntor de Haas
- Disjuntor tipo Hyrax tradicional
- Disjuntor tipo Hyrax borboleta
- Pendex
- APM
- Placa de Hawley expansora
- Placa lábio-ativa
- Placa tipo Swartz
- Placa miorreloxante
- Placa reeducadora de língua
- Contenção 3x3
- Botão de Nance

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tratamento ortodôntico será interrompido caso seja verificado que este apresenta potencial para agravar o quadro de saúde bucal ou geral do paciente.

9- Benefícios Esperados

O atendimento precoce à pessoa com fissura labiopalatal potencializa os resultados do tratamento dando oportunidades para que os procedimentos cirúrgicos e de reabilitação sejam realizados nas idades preconizadas mundialmente, favorecendo o processo de inclusão desse indivíduo em seu contexto social.

A realização da correção de deformidades faciais e das fissuras labiopalatais melhora a qualidade de vida por restabelecer as funções estéticas e funcionais do aparelho mastigatório e propiciar ganho estético, sempre que possível.

10- Monitorização

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

Os pacientes em tratamento ortodôntico deverão realizar radiografias periapicais de incisivos, oclusal da maxila e panorâmica quando necessário.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

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

Após a conclusão do tratamento ortodôntico corretivo, as consultas pós-tratamento (chamadas de consultas de contenção) seguirão o seguinte cronograma aproximado, podendo este ser individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente:

- 30 dias após a instalação dos aparelhos de contenção;

- 90 dias após a consulta anterior;
- 180 dias após a consulta anterior;
- 365 dias após a consulta anterior;
- a cada 5 anos.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Eu, _____
RG _____, ou meu responsável legal _____,
_____, RG _____,
autorizo a realização do tratamento ortodôntico, sendo que esse procedimento consiste na correção de dentes mal posicionados nos arcos dentários.

O tratamento ortodôntico depende de uma boa relação entre o ortodontista e o paciente. O ortodontista e sua equipe dedicam-se a alcançar o melhor resultado possível para cada paciente. Os pacientes que estão informados e são cooperadores podem obter resultados mais positivos. Como em todo tratamento existem riscos e limitações, mas esses são raramente graves o suficiente para contraindicar a ortodontia. As possibilidades de tratamento são diferentes de acordo com o problema específico de cada pessoa e soluções alternativas ou um tratamento ortodôntico limitado podem ser considerados. Leia atentamente os riscos antes de iniciar o tratamento.

Resultados do tratamento:

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

Duração do tratamento:

A duração do tratamento depende de vários fatores incluindo: a gravidade do problema, o crescimento do paciente e o seu nível de cooperação, comparecendo regularmente às consultas e não quebrando o aparelho. Na maioria dos casos o tempo real de tratamento coincide com o tempo estimado de duração, embora isto possa ser estendido em algumas situações como em crescimento imprevisto, hábitos que afetem as estruturas dentofaciais, problemas periodontais ou falta de cooperação do paciente. Portanto, pode ser necessário realizar alterações no plano de tratamento original.

Desconforto:

Como a boca é muito sensível, pode haver um período de adaptação durante o qual haverá desconforto causado pela presença do aparelho ortodôntico. Durante este período, o paciente poderá utilizar analgésico conforme prescrição do cirurgião dentista (CD).

Recidiva (recorrência/reincidência):

Um tratamento ortodôntico concluído não garante dentes perfeitamente alinhados para o resto da vida. Contenções geralmente são necessárias para manter os dentes em suas novas posições, adquiridas com o tratamento ortodôntico. O uso das contenções ortodônticas prevenirá movimentações dentárias indesejadas, mais prevalentes nos dentes anteriores/inferiores. Algumas mudanças podem ocorrer devido aos hábitos do paciente, como alteração na forma de engolir e respiração bucal. Além disso, mudanças naturais nos ossos e nos dentes também continuam acontecendo ao longo de toda a vida.

Extrações (remoções de dentes):

Alguns casos exigirão a remoção de dentes temporários (“de leite”) ou permanentes. Como existem riscos adicionais associados às extrações dentárias, isto deverá ser conversado previamente com o CD.

Cirurgia ortognática:

As desarmonias esqueléticas significativas necessitam de tratamento ortodôntico combinado com cirurgia ortognática (dentofacial). Existem riscos adicionais relacionados a esta cirurgia que o usuário deverá discutir com o cirurgião bucomaxilofacial antes de iniciar o tratamento ortodôntico. Como o alinhamento dos dentes dentro dos arcos dentários individualmente precisa ser feito antes da cirurgia, é possível que os pacientes que interrompam o tratamento ortodôntico sem que os procedimentos cirúrgicos planejados tenham sido realizados apresentem um “encaixe” dos dentes pior do que quando iniciaram o tratamento.

Descalcificação e cárie:

Uma excelente higiene bucal é essencial durante o tratamento ortodôntico. A higiene inadequada ou incorreta pode resultar em lesões de cárie, dentes manchados, doença periodontal e/ou descalcificação da estrutura dentária. Estes mesmos problemas também podem ocorrer em pacientes que não fazem tratamento ortodôntico, mas o risco é maior em usuários com acessórios ortodônticos e/ou outros aparelhos bucais e quando há consumo de bebidas e alimentos açucarados. Todos esses fatores podem contribuir para a perda dos dentes e limitar os resultados do seu tratamento.

Reabsorção radicular:

As raízes dos dentes de alguns pacientes encurtam (reabsorvem) durante o tratamento ortodôntico. Ninguém sabe a causa exata da reabsorção radicular nem se pode prever quais pacientes irão experimentá-la. Quando a reabsorção é detectada, o

ortodontista pode recomendar uma pausa no tratamento ou até mesmo a remoção do aparelho ortodôntico antes da conclusão do tratamento. Entretanto, muitos pacientes mesmo apresentando dentes com raízes severamente encurtadas conseguem mantê-los na boca por toda a vida.

Doença periodontal:

A doença periodontal (inflamação na gengiva e/ou no osso) pode se desenvolver ou piorar durante o tratamento ortodôntico devido a diversos fatores, principalmente pela falta de higiene bucal adequada. Se os problemas periodontais não puderem ser controlados é possível que o tratamento ortodôntico tenha que ser interrompido antes de sua conclusão.

Lesões causadas por aparelhos ortodônticos:

Atividades e consumo de alimentos que possam danificar, afrouxar ou descolar o aparelho ortodôntico devem ser evitados. O aparelho ortodôntico descolado ou danificado pode ser inalado, ingerido ou causar outros danos ao paciente. Caso o usuário perceba qualquer sinal incomum como aparelho solto e/ou quebrado, ele deverá procurar imediatamente o serviço de atendimento de urgência. O paciente jamais deverá remover o aparelho ortodôntico em casa para evitar danificar o esmalte do dente ou alguma restauração presente.

Arcos faciais:

Arcos faciais podem lesionar o paciente causando principalmente lesões no rosto e nos olhos. No caso de lesão nos olhos, mesmo que pequena, o paciente deverá procurar ajuda médica imediatamente. Evite o uso do arco facial em situações que exista qualquer possibilidade de se deslocar ou ser arrancado, como em atividades esportivas e jogos.

Disfunção da articulação temporomandibular (DTM):

Existem muitos fatores que podem afetar a saúde da articulação temporomandibular (ATM) incluindo traumas (como golpes na face ou na cabeça), artrite, fatores hereditários com predisposição para as articulações, desgaste ou apertamento excessivo nos dentes, desequilíbrio oclusal e vários transtornos médicos. Qualquer sintoma na ATM - incluindo dor, estalido (“click”) na mandíbula e dificuldade na abertura/fechamento bucal - bem como cefaleias recorrentes e problemas no ouvido (dor e/ou zumbido) deverão ser avisados imediatamente ao ortodontista. Como a DTM é multifatorial, o seu tratamento pode envolver outros especialistas médicos e/ou dentistas.

Dentes impactados, anquilosados e não erupcionados:

Alguns dentes podem permanecer inclusos (debaixo da gengiva ou osso) e não erupcionarem com o passar do tempo. Outros podem estar anquilosados (“colados ao osso”), impedindo a movimentação ortodôntica. O tratamento de tais condições depende de circunstâncias particulares, bem como a importância do dente envolvido, e pode ser necessária sua remoção, exposição cirúrgica, transplante cirúrgico ou substituição protética.

Ajuste oclusal:

Podem ocorrer mínimas imperfeições na maneira como os dentes se tocam após o término do tratamento ortodôntico. Por isso, talvez seja necessário um procedimento de equilíbrio oclusal, método de desgaste ou acréscimo de material restaurador utilizado para melhorar a oclusão do paciente.

Resultados não ideais:

Alguns fatores como grandes variações no tamanho/forma dos dentes e ausências dentárias podem interferir negativamente no resultado do tratamento ortodôntico. Nesses casos, o ortodontista pode indicar tratamentos complementares em outras especialidades como Dentística e Prótese.

Mudanças após o tratamento:

Pode ocorrer alguma movimentação dos seus dentes após a retirada do aparelho e isso é esperado. Algumas dessas alterações são recidivas, mas muitas são inerentes à maturidade e ao amadurecimento da face. A mais frequente ocorre com o apinhamento (desalinhamento) dos dentes anteriores/inferiores. Devido à alta incidência dessas movimentações indesejadas, o uso da contenção ortodôntica é sempre indicado.

Problemas gerais de saúde:

Como os problemas sistêmicos (ósseo, endócrino/hormonal e neurológico) podem afetar o tratamento ortodôntico, é importante que o paciente informe ao ortodontista se apresentar qualquer alteração na sua saúde geral.

A utilização de derivados do tabaco (fumo):

Tem sido demonstrado que fumar ou mastigar tabaco aumenta o risco de doença gengival, além de interferir na cicatrização depois da cirurgia bucal. Usuários de tabaco também estão mais propensos a apresentar câncer bucal e recessão gengival, e o movimento dos dentes nesses pacientes fica mais lento durante o tratamento ortodôntico. Com isso, pacientes fumantes devem considerar a possibilidade de apresentar um resultado ortodôntico comprometido.

Caso aconteça alguma das complicações mencionadas anteriormente será necessária consulta de urgência com o cirurgião dentista do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou com o médico para um tratamento adicional.

Eu, _____, declaro que li e compreendi os riscos apresentados que estão contidos nesse consentimento. Eu também entendo que pode haver outros problemas que tendem a acontecer com menor frequência que aqueles apresentados, e que os resultados reais podem ser diferentes daqueles previstos. Eu reconheço também que conversei sobre este consentimento com o ortodontista que o assinou e tive oportunidade de fazer perguntas a ele esclarecendo todas

as minhas dúvidas. Tive oportunidade de escolher entre realizar ou não o tratamento. Venho por meio deste dar o meu consentimento e autorização para o tratamento proposto. Também autorizo o ortodontista a fornecer informações sobre o meu estado de saúde aos demais profissionais que participarão do meu tratamento, dentro dos princípios que resguardam o sigilo profissional.

Brasília, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do paciente / Pais / Responsável

Assinatura do ortodontista / Nome do grupo

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

Nome do Paciente

Relação com o Paciente

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O controle e a avaliação das atividades realizadas por meio deste protocolo serão feitos com base em dados coletados nos sistemas de informação da SES-DF e dos locais onde é realizado o atendimento (Trakcare, boletins de produção ambulatorial, MV) em conjunto com as informações fornecidas pelos SisReg.

Os parâmetros utilizados serão números de consultas, números de consultas de manutenção, número de instalações de aparelhos ortodônticos correlacionados com o número de cirurgias ortognáticas realizadas no período.

14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS Página 17 Vigilância em Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília; 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília; 2008.
3. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal.
4. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SESDF no 341. Brasília; 2018.
5. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Notas Técnicas de Odontologia da SES/DF [Internet]. Brasília; Available at: <http://www.saude.df.gov.br/nt-odontologia/ou seja, disfunções dento-faciais>.
6. Básica BM da SS de A à SD de A, Saúde BM da SS de V em. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 2014;116–116.
7. Greene JC. Epidemiologic research--1964-1967. J Am Dent Assoc [Internet]. 1 de junho de 1968 [citado 6 de agosto de 2020];76(6):1350–6. Available at: <http://jada.ada.org/article/S0002817768660187/fulltext>
8. Cymrot M, Sales F de CD, Teixeira F de AA, Teixeira Junior F de AA, Teixeira GSB, Cunha Filho JF da, et al. Prevalência dos tipos de fissura em pacientes com fissuras labiopalatinas atendidos em um Hospital Pediátrico do Nordeste brasileiro. Rev Bras Cir Plástica [Internet]. dezembro de 2010 [citado 6 de agosto de 2020];25(4):648–51. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752010000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=PT
9. Figueirêdo CJR, Vasconcelos WKS, Maciel SSSV, Maciel WV, Gondim LAM, Tassitano RM. Prevalência de fissuras orais no estado do rio grande do norte, Brasil, entre 2000 e 2005. Rev Paul Pediatr [Internet]. janeiro de 2011 [citado 6 de agosto de 2020];29(1):29–34. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT
10. Nagem Filho H, Moraes N, Rocha RGF da. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas lábio-palatais na população escolar de Bauru. Rev Fac Odontol Sao Paulo. 1968;6(2):111–28.
11. Trindade IEK, Silva Filho OG da. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. 2007;357–357.

12. Alazmi KF. Dentistry and Practices Orthodontists Role in THE MANAGEMENT of CLEFT LIP AND PALATE Patients, a Summary. Dent Pr. 2018;1(1):1.
13. Simões WA. Prevenção das oclusopatias. Ortodontia. 1978;11(2):117–25.
14. Akbulut Y. Approach to patients with cleft lip and palate in orthodontics. J Cleft Lip Palate Craniofacial Anomalies [Internet]. 2020 [citado 6 de agosto de 2020];7(1):8. Available at: <http://www.iclpca.org/text.asp?2020/7/1/8/276199>
15. Glazer Peres K, Silva de Azevedo Traebert E, Marcenes W. Differences between normative criteria and self-perception in the assessment of malocclusion. Rev Saude Publica [Internet]. 2002 [citado 6 de agosto de 2020];36(2):230–6. Available at: www.fsp.usp.br/rsp
16. Gatto RCJ, Garbin AJ, Corrente JE, Garbin CAS. The relationship between oral health-related quality of life, the need for orthodontic treatment and bullying, among Brazilian teenagers. Dental Press J Orthod [Internet]. 1 de março de 2019 [citado 28 de junho de 2020];24(2):73–80. Available at: [/pmc/articles/PMC6526768/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC6526768/?report=abstract)
17. Manfio ASC. Orthodontic Treatments In Cleft Lip & Palate Patients - Oral Health Group [Internet]. [citado 6 de agosto de 2020]. Available at: <https://www.oralhealthgroup.com/features/orthodontic-interventions-in-cleft-lip-and-palate-individuals-an-overview-of-treatment-protocol/>
18. Kinouchi N, Horiuchi S, Yasue A, Kuroda Y, Kawai N, Watanabe K, et al. Effectiveness of presurgical nasoalveolar molding therapy on unilateral cleft lip nasal deformity. Saudi Med J. 1 de fevereiro de 2018;39(2):169–78.
19. Alzain I, Batwa W, Cash A, Murshid ZA. Presurgical cleft lip and palate orthopedics: An overview. Vol. 9, Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry. Dove Medical Press Ltd; 2017. p. 53–9.
20. Grayson BH, Maull D. Nasoalveolar molding for infants born with clefts of the lip, alveolus, and palate. Vol. 31, Clinics in Plastic Surgery. 2004. p. 149–58.
21. Rocha R, Ritter DE, Locks A, De Paula LK, Santana RM. Ideal treatment protocol for cleft lip and palate patient from mixed to permanent dentition. Am J Orthod Dentofac Orthop [Internet]. 2012 [citado 6 de agosto de 2020];141(4 SUPPL). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22449594/>
22. Yatabe M, Garib DG, Faco RA de S, de Clerck H, Janson G, Nguyen T, et al. Bone-anchored maxillary protraction therapy in patients with unilateral complete cleft lip and palate: 3-dimensional assessment of maxillary effects. Am J Orthod Dentofac Orthop [Internet]. 1 de setembro de 2017 [citado 6 de agosto de 2020];152(3):327–35. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28863913/>

23. Específico C, Garib DG, Malagodi De Almeida A, De R, Moura C, Lauris C, et al. Tratamento ortodôntico de pacientes com fissuras labiopalatinas: protocolo do HRAC-USP. undefined. 2011.
24. Gopinath VK, Samsudin AR, Noor SNFM, Sharab HYM. Facial profile and
Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS
Página 19 maxillary arch dimensions in unilateral cleft lip and palate children in
the mixed dentition stage. Eur J Dent [Internet]. 2017 [citado 6 de agosto de
2020];11(1):76– 82. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28435370>