



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso
do Sul

Diário Oficial Eletrônico

ANO XLI n. 10.050 Campo Grande, sexta-feira, 13 de dezembro de 2019. 33 páginas

Edição Extra

PODER EXECUTIVO

Governador	Reinaldo Azambuja Silva
Vice-Governador	Murilo Zauith
Secretário de Estado de Governo e Gestão Estratégica.....	Eduardo Correa Riedel
Controlador-Geral do Estado	Carlos Eduardo Girão de Arruda
Secretário de Estado de Fazenda	Felipe Mattos de Lima Ribeiro
Secretário de Estado de Administração e Desburocratização	Roberto Hashioka Soler
Procuradora-Geral do Estado.....	Fabiola Marquetti Sanches Rahim
Secretária de Estado de Educação.....	Maria Cecília Amendola da Motta
Secretário de Estado de Saúde	Geraldo Resende Pereira
Secretário de Estado de Justiça e Segurança Pública	Antonio Carlos Videira
Secretária de Estado de Direitos Humanos, Assistência Social e Trabalho	Elisa Cleia Pinheiro Rodrigues Nobre
Secretário de Estado de Meio ambiente, Desenvolvimento Econômico, Produção e Agricultura Familiar	Jaime Elias Verruck
Secretário de Estado de Infraestrutura	Murilo Zauith

SUMÁRIO

ATOS NORMATIVOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	2
---	---

Publicação destinada à divulgação dos atos do Poder Executivo
Secretaria de Estado de Administração e Desburocratização
Av. Desembargador José Nunes da Cunha, s/n
Parque dos Poderes - Bloco I - Telefones: (67) 3318-1480 3318-1420
79031-310 - Campo Grande-MS - CNPJ 02.940.523.0001/43

Roberto Hashioka Soler - Secretário de Estado de Administração e Desburocratização
www.imprensaoficial.ms.gov.br – materia@sad.ms.gov.br

ATOS NORMATIVOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA**Secretaria de Estado de Administração e Desburocratização**

RESOLUÇÃO SAD N. 107, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2019.

Torna sem efeito a publicação que menciona.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar sem efeito, com fundamento no Ofício n. 735/2019 - PRES/SALJ, a publicação da Emenda Constitucional n. 82, realizada no Diário Oficial Eletrônico n. 10.049, de 13 de dezembro de 2019, nas páginas 2 a 7, ante a inclusão na ordem do dia da Assembleia Legislativa da Proposta de Emenda Constitucional n. 7, de 2019, para votação da redação final na sessão do dia 17 de dezembro de 2019, conforme Diário Legislativo n. 1.737, de 13 de dezembro de 2019, e consequente ausência de promulgação pela Mesa Diretora da Assembleia e de publicação no Diário Oficial Eletrônico do Poder Legislativo do Mato Grosso do Sul, nos termos do §3º do art. 66 da Constituição Estadual.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CAMPO GRANDE-MS, 13 DE DEZEMBRO DE 2019.

ROBERTO HASHIOKA SOLER
Secretário de Estado de Administração e Desburocratização

Secretaria de Estado de Saúde

RESOLUÇÃO N. 132/CIB/SES

CAMPO GRANDE, 20 DE NOVEMBRO DE 2019.

Aprovar as decisões da Comissão Intergestores Bipartite.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL, no uso de suas atribuições legais e considerando as decisões da Comissão Intergestores Bipartite, em reunião ordinária realizada no dia 19 de novembro de 2019,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Protocolo Estadual de Saúde Bucal do Estado de Mato Grosso do Sul, conforme anexo.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação.

Art. 3º Ficam revogadas as disposições em contrário

GERALDO RESENDE PEREIRA
Secretário de Estado de Saúde
Mato Grosso do Sul

ROGÉRIO SANTOS LEITE
Presidente do COSEMS

ANEXO

Protocolo Estadual de Atenção a Saúde Bucal

MATO GROSSO DO SUL

Campo Grande - MS
2019Governador do Estado
Reinaldo Azambuja SilvaSecretário de Estado de Saúde
Geraldo Resende PereiraSuperintendente Geral de Atenção à Saúde
Marielli Alves Correa EsgalhaGerente de Saúde Bucal Estadual
Márcia Regina Fernandes Issa Malacrida**ELABORAÇÃO**

Márcia Regina Fernandes Issa Malacrida

CONSIDERAÇÕES

- SUS - 8080 / 8142 - 1990/ Decreto 7508 - Regulamentação 2011.
- Política Nacional de Atenção Básica / Portaria de Consolidação nº 2 anexo XXII (origem PRTMS/GM 2436/2017)
- Diretrizes da Política Nacional de SB 2004.
- Livro: A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde.
- Protocolo de atenção à Saúde Bucal dos municípios do Mato Grosso do Sul, de Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Cachoeirinha (RS), Brumadinho (MG), Guarulhos, Distrito Federal.
- Normatização Estadual do Programa Coletivo.

APRESENTAÇÃO

Orientar e apoiar os coordenadores de Saúde Bucal e demais gestores, na construção de Protocolo de Atenção à Saúde Bucal Municipal.

O protocolo é uma ferramenta norteadora das ações, com objetivo de organização do serviço, com base nos princípios e diretrizes do SUS e suas políticas específicas, visando ampliação do acesso e da resolutividade.

A Rede de Atenção à Saúde Bucal é um conjunto de ações que envolvem o controle das doenças bucais, através da promoção e prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação do paciente.

Esse conjunto de ações envolve o atendimento de atenção primária, nas unidades de atenção primária, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Estratégia da Saúde da Família; o atendimento secundário, no Centro de Especialidades Odontológicas; e o atendimento terciário, nas Unidades Hospitalares.

1. Atenção Primária em Saúde

A atenção básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado na gestão do cuidado e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para seu ordenamento e efetivação da integralidade.

A Política Nacional de Atenção básica tem na saúde da família, sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, contudo reconhece outras estratégias de organização.

Equipe de Saúde Bucal

Na Atenção Primária a Saúde (APS), a Equipe de Saúde Bucal (ESB) é composta:

- Cirurgião-Dentista generalista ou especialista (CD),
- Técnico de Saúde Bucal (TSB)
- Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

Participa ainda, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que também faz parte das Equipes de Saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde de Família (USF).

Cada categoria profissional possui atribuições específicas e complementares na atenção individual ou coletiva ao paciente.

1.1 Atribuições da Equipe de Atenção Básica

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da Atenção Básica;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do **acolhimento** dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando **classificação de risco**, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando à readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

1.1.2 Atribuições específicas do Cirurgião Dentista

Conforme a **Lei 5.081 de 24/08/1966**, que regula o exercício da Odontologia no País, compete ao Cirurgião-Dentista:

- I. Praticar de todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
- II. Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;
- III. Atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego;
- IV. Proceder à perícia odonto legal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
- V. Aplicar anestesia local e troncular;
- VI. Empregar a analgesia e hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;

Conforme a **Portaria de consolidação nº 2 anexo XXII**:

- I. Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com **resolubilidade** e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, **bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal**, observadas as disposições legais da profissão;
- II. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- III. Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar total e parcial removível);
- IV. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI. Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII. Realizar **estratificação de risco** e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- IX. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

1.1.3 Atribuições Específicas do Técnico em Saúde Bucal

Conforme a **Lei nº11. 889 de dezembro de 2008**:

Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

Participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

- I. Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- II. Participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- III. Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
- IV. Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

- V. Supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;
- VI. Realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- VII. Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- VIII. Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
- IX. Remover suturas;
- X. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XI. Realizar isolamento do campo operatório;
- XII. Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

Segundo a **Portaria de consolidação nº 2 anexo XXII** são atribuições do TSB:

- I. Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II. Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV. Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V. Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI. Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII. Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX. Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X. Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI. Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII. Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII. Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV. Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV. Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII. Processar filme radiográfico;
- XVIII. Selecionar moldeiras;
- XIX. Preparar modelos em gesso;
- XX. Manipular materiais de uso odontológico;

XXI. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

1.1.4 Atribuições do Auxiliar em Saúde Bucal

Segundo a **Lei nº11. 889 de dezembro de 2008** compete ao Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal:

- I. Organizar e executar atividades de higiene bucal;
- II. Processar filme radiográfico;
- III. Preparar o paciente para o atendimento;
- IV. Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
- V. Manipular materiais de uso odontológico;
- VI. Selecionar moldeiras;
- VII. Preparar modelos em gesso;
- VIII. Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
- IX. Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- X. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- XI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XII. Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- XIII. Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e
- XIV. Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Portaria de **Consolidação nº2 anexo XXII**, complementa:

- I. Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- III. Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

2. Acolhimento

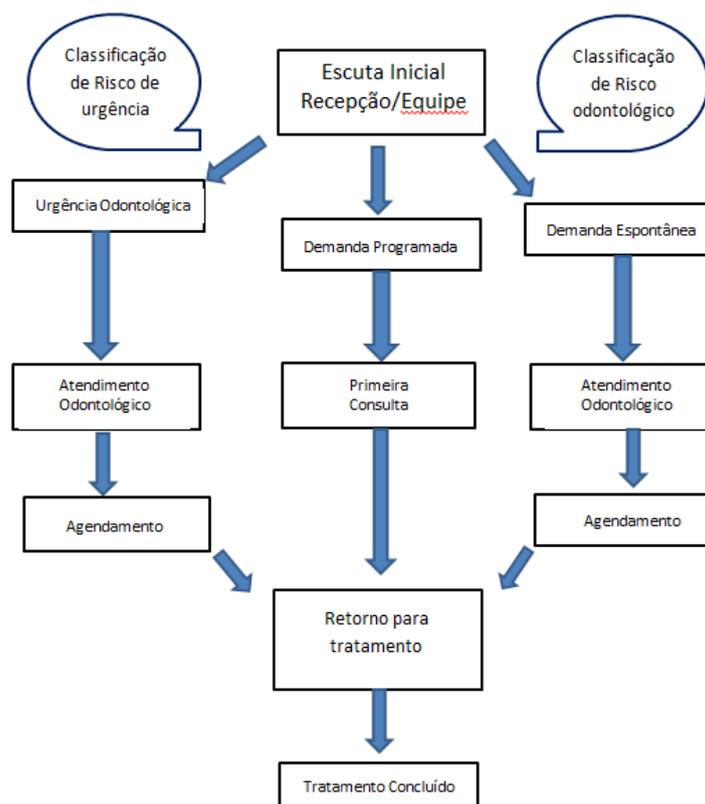
Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nenhum profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. É a expressão da escuta humanizada e qualificada, a fim de acolher o usuário e garantir acesso aos serviços de saúde.

Entre o momento da chegada do cidadão na unidade de atenção primária e a resolução de suas demandas, está à **escuta qualificada** com a identificação das suas necessidades. Este processo é dinamizado por meio dos espaços da recepção, portaria, sala de identificação de necessidades, grupo de Saúde Bucal e eventualmente no próprio consultório Odontológico.

Portanto, é fundamental que todos os profissionais da Unidade de Saúde estejam envolvidos no acolhimento do cidadão que busca o serviço de saúde, independente de sua demanda, de forma a organizar o acesso.

A equipe em conjunto com as recepções de suas unidades deve informar o fluxograma para os tratamentos odontológico.



Identificadas situações agudas, seguir **protocolo de classificação de urgência odontológica**.

São sinais de alerta para a classificação de risco de urgência odontológica:

- Dor
- Hemorragia
- Quadros infeccioso e inflamatório agudo
- Lesões de tecidos moles
- Traumatismo dentário.

Recepção

A recepção deve saudar o usuário e identificá-lo. Os profissionais deste setor devem ser capacitados para realizar o acolhimento e a escuta do paciente para identificação da necessidade.

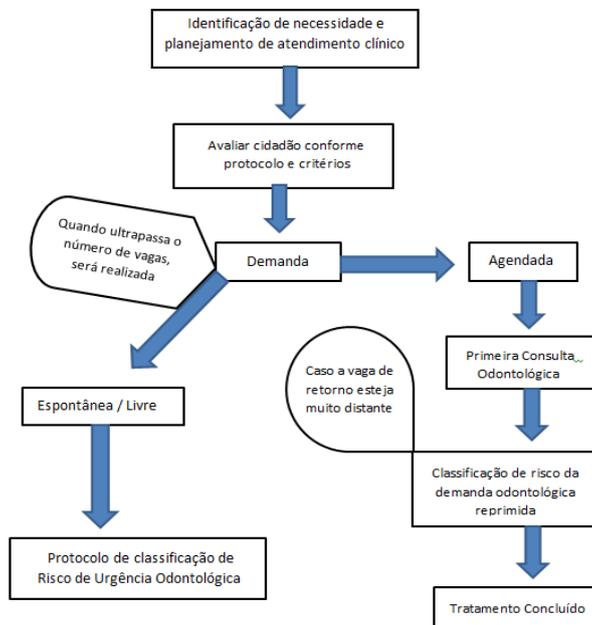
No caso de sinais de alerta (dor, hemorragia, quadro infeccioso e inflamatório agudo, lesões de tecidos moles e traumatismos) para a classificação de risco de urgência odontológica a equipe deverá ser avisada.

Quando existir uma demanda reprimida para o **tratamento odontológico**, a proposta é a classificação de risco odontológica, que poderá ser realizada em um determinado dia da semana, ou do mês, ou, de acordo com a necessidade. Realizar uma lista de espera, com o nome dos pacientes desta demanda reprimida, com o contato telefônico deles, para agendamento da classificação, que será realizada através de um formulário ou planilha de classificação de risco. Esta planilha também poderá ser utilizada na primeira consulta odontológica.

2.1 Organização da agenda

O fluxo de acesso ao atendimento odontológico deverá seguir os princípios do acolhimento com identificação de necessidades. Evitar agendas divididas por ciclos de vida, critérios de problemas de saúde, sexo e patologias.

A sugestão é que a agenda seja organizada através de uma **classificação de necessidade**, utilizando o protocolo de classificação, tendo prioridade gestantes, idosos e pacientes com necessidades especiais.



2.2 Classificação ou Estratificação das urgências odontológicas

A Recepção e toda equipe deve:

- Estar capacitada para identificar as urgências odontológicas
- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos.
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados.
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas.
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado.
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço.
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.
- O horário para realizar o primeiro acolhimento e a classificação de risco para o atendimento de urgências, será às 07:00 h no período matutino e às 13:00 h no período vespertino, por ordem de chegada.

VERMELHO	AMARELO	VERDE
A TENDIMENTO PRIORITÁRIO ALTO RISCO	A TENDIMENTO NO DIA RISCO MODERADO	A TENDIMENTO NO DIA
<ul style="list-style-type: none"> • QUEIXA DE DOR DE ORIGEM PERIODONTAL OU PERIAPICAL <ul style="list-style-type: none"> ✓ CONSTANTE, ✓ PULSÁTIL, ✓ INTERMITENTE ✓ TUMEFACÃO • HEMORRAGIAS <ul style="list-style-type: none"> ✓ PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ✓ DECORRENTES DE TRAUMAS • TRAUMAS <ul style="list-style-type: none"> ✓ LESÕES DENTÁRIAS OU DE OUTRAS ESTRUTURAS 	<ul style="list-style-type: none"> • QUEIXA DE DOR PROVOCADA <ul style="list-style-type: none"> ✓ CÁRIE, ✓ PULPITE, ✓ HIPERSENSIBILIDADE • QUEIXA DE DOR DE ORIGEM PERIAPICAL <ul style="list-style-type: none"> ✓ PERICEMENTITE ✓ ABCESSO • LESÕES DE MUCOSA 	<ul style="list-style-type: none"> • USUÁRIO QUE NÃO CONSEGUIRÁ ACESSAR O SERVIÇO EM OUTRO MOMENTO <ul style="list-style-type: none"> ✓ POPULAÇÃO DE ÁREA RURAL ✓ CASOS DE ESTÉTICA QUE INTERFEREM NAS ATIVIDADES DIÁRIAS

2.3 Ações da saúde bucal na atenção primária

1) Ações individuais:

- a) Atendimento de urgência
- b) Atendimento da demanda programada

a) Atendimento de urgência

- Na saúde bucal as situações de dor, não implicam risco de vida, exceto infecções orofaciais disseminadas, que podem evoluir para uma condição de risco de vida por obstrução das vias aéreas superiores ou por septicemia, e hemorragias bucais decorrentes de traumas, ou de cirurgias.
- Sem agendamento prévio.
- É realizado a qualquer hora do turno de trabalho, sendo um atendimento prioritário.
- O tratamento odontológico de urgência é o atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas.
- A maioria das urgências odontológicas envolve casos de infecções agudas com origem endodôntica ou periodontal.

• Dores Dentinopulpare

Cárie

Quando a lesão cariosa for muito profunda, a queixa do usuário será sensibilidade ao frio, doce e pressão cavitária. Será sempre uma dor provocada, NUNCA ESPONTÂNEA, e cessa com a remoção do agente agressor.

Tratamento: remoção de tecido cariado e selamento com material biocompatível (cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol). A prescrição analgésica é facultativa (o uso de AINES, em dose analgésica, poderá ser recomendado).

Pulpite reversível (Hiperemia)

Dor provocada que permanece ainda por um tempo após a suspensão da irritação.

Tratamento: remoção de tecido cariado, selando a cavidade com material biocompatível (cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol); pode também ser feito um capeamento prévio com preparação à base de hidróxido de cálcio antes de selar a cavidade. A prescrição analgésica é facultativa (o uso de AINES, em dose analgésica, poderá ser recomendado, caso o diagnóstico exclua foco infeccioso buco dental subjacente).

Pulpite irreversível

Dor muito intensa, contínua e espontânea que aumenta em decúbito; dor difusa e, às vezes, referida; dente vital e sensível a testes térmicos.

Tratamento: anestesia e remoção do tecido pulpar (se remoção total, chama-se pulpectomia, se apenas polpa coronária, pulpotomia) com o uso de antimicrobianos.

Hipersensibilidade Dentinária

Dor iniciada no colo dentário, causada por exposição dentinária ao meio bucal; ao exame clínico, o dente responde aos testes de sensibilidade e não apresenta lesão cariosa nem fissura; dor aguda, breve, lancinante, que cessa quando o estímulo (o qual pode ser mecânico, químico ou térmico) é suspenso.

Tratamento: aplicação de dessensibilizante, prescrição de compostos fluorados para bochecho, orientação de mudança de hábitos (escovação e dieta).

• Dores Periapicais

Pericementite apical aguda simples

Dor espontânea e contínua, de intensidade leve a severa; sensibilidade à PERCUSSÃO; TESTES DE SENSIBILIDADE TÊM RESPOSTA NEGATIVA.

Tratamento: se for relatado durante a anamnese que o usuário iniciou tratamento endodôntico, sem preparo químico mecânico (PQM), será necessário realizar penetração desinfetante, irrigação abundante e selamento com tricresol formalina ou formocresol; com PQM iniciado, irrigação e curativo com hidróxido de cálcio; em ambos os casos, mantém-se o dente em infraoclusão; poderá ser prescrito analgésico, mas é contraindicado o uso de anti-inflamatório.

Pericementite apical aguda supurada

Consiste na evolução da pericementite apical aguda simples; aumento dos sinais anteriormente descritos; Observa-se leve mobilidade, extrusão dentária e tumefação dolorosa à palpação apical.

Tratamento: drenagem via canal; caso a drenagem não seja efetiva, colocar o dente em infraoclusão e deixar aberto por 24 horas; prescrição de antibióticos e analgésicos.

Pericementite apical aguda traumática

Trata-se de uma pericementite apical aguda de origem traumática; não há infecção relacionada; o trauma pode ser decorrente de uma sobre instrumentação, movimentação ortodôntica, restauração em contato prematuro; se excluída infecção como causa, coloca-se o dente em infraoclusão, prescrevendo anti-inflamatório e analgésico.

Abscesso periapical agudo

Processo inflamatório agudo, caracterizado pela formação de pus, que afeta os tecidos, envolvendo a região apical; tem evolução rápida e causa dor violenta, especialmente, quando a coleção de pus não foi exteriorizada. Pode desenvolver-se como sequência de uma pericementite apical aguda, granuloma dental ou abscesso apical crônico. Dor referida como pulsátil, sensação de pressão na área, sensação de dente crescendo, podendo estar presente tumefação no fundo do vestibulo e mobilidade dental; sensibilidade extrema à percussão e palpação.

Tratamento: drenagem via canal ou ligamento periodontal. Uso de analgésico recomendado e antibioticoterapia quando houver edema associado; na presença de tumefação inicial pode-se aplicar calor local (ex.: bochechos com água morna e um pouco de sal, que atuam contra microrganismos pela mudança na pressão osmótica). Evita-se assim drenagem pela pele, a qual pode resultar em cicatriz. Para estabelecer drenagem por incisão, o paciente deve estar sob ação de antibiótico antes da intervenção; o fármaco deve ser administrado pelo menos uma hora antes da operação.

Abscesso recorrente

Quando ocorre a agudização de um abscesso periapical crônico ou um granuloma, tem-se o chamado abscesso recorrente; observam-se os mesmos sinais da pericementite aguda supurada.

Tratamento: proceder conforme abscesso periapical agudo. Se necessária drenagem da tumefação flutuante submucosa, realizar incisão, sob anestesia local, com retorno do paciente após 48 horas para reavaliação, no ponto de atenção no qual foi realizado o atendimento.

• Dores Periodontais

Abscesso periodontal

Decorre da evolução de uma bolsa periodontal, lesão endopério ou complicação de fratura ou fissura radicular; se há drenagem espontânea, a sintomatologia é insignificante, caso contrário, o paciente pode relatar dor pulsátil e localizada. Testes de vitalidade pulpar são positivos quando as situações não envolverem lesão endopério.

Tratamento: introdução de uma sonda milimetrada na bolsa periodontal e realização de movimentos pendulares para permitir a drenagem do pus; se houver zona de flutuação, está indicada drenagem cirúrgica por meio de incisão da mucosa; prescrição de antimicrobianos para o caso de envolvimento sistêmico e analgésico (obrigatório).

Doença Periodontal Necrosante

A anamnese revela fortes dores irradiadas, linfadenopatia satélites, gengiva avermelhada recoberta por uma camada cinzenta, destruição das papilas com aspecto crateriforme.

Tratamento: limpeza das lesões com água oxigenada a 10 volumes ou clorexidina (solução a 0,12%), complementada por uma prescrição antimicrobiana de amplo espectro, analgésicos e bochechos com clorexidina.

Pericoronarite

Em fase inicial (aguda congestiva), observa-se mucosa eritematosa, edemaciada, recobrando parcialmente a coroa; na fase aguda supurada da infecção, observa-se dor forte, otalgias, disfagia e trismo; pode haver febre; na fase crônica, podem ocorrer linfadenopatia indolor e supuração.

Tratamento: na primeira fase, consiste em analgesia e bochechos antissépticos (clorexidina a 0,12%); na segunda e terceira fases: antibiótico de largo espectro, analgésicos, miorrelaxantes (quando necessário em função do trismo) e, igualmente, bochechos com solução de clorexidina a 0,12%.

Mobilidade Dental Severa

São os casos de dentes com comprometimento periodontal, com deslocamento vertical e função alterada; Muitas vezes, apresentam componente estético importante para o paciente.

Tratamento: faz-se necessária uma solução imediata; existem diversas manobras de urgência, desde contenção com material disponível no consultório, até exodontia do elemento e confecção de uma prótese adesiva com ele; o profissional deve adotar a medida, observando os recursos disponíveis; resguarda-se, assim, o paciente quanto a uma perda espontânea do elemento dentário.

• Urgências Traumáticas

Lesões dentárias estão frequentemente associadas a lesões de outras estruturas da face como um todo. Para o tratamento dessas situações, o profissional deve estar atento à natureza e extensão do trauma. Isso é realizado por meio de um exame sistemático do paciente, incluindo a história do trauma (como, quando e onde ocorreu), as condições clínicas locais, além de se obterem informações sobre possíveis complicações sistêmicas que possam influenciar o tratamento.

O uso de radiografias como diagnóstico complementar, muitas vezes, faz-se indispensável. Contudo, considerando-se que em muitos locais esse aparato é indisponível, recomenda-se a utilização de elementos como

idade do paciente (a qual permite avaliar o grau de rizogênese, por exemplo) e quadro clínico para adoção da conduta terapêutica de urgência mais adequada.

Ao exame clínico, deve-se estar atento para sinais vitais e qualquer perda de consciência, náusea, vômitos, dores de cabeça ou distúrbios da visão que possam indicar traumatismo craniano. É igualmente importante verificar a atualização da vacina antitetânica.

Quanto à palpação realizada no exame extrabucal, é fundamental orientá-la para detectar mobilidade anormal, de grau ósseo ou pontos dolorosos. O exame intrabucal inspeciona toda a cavidade em busca de lesões; inclui mucosa de revestimento dos lábios, língua, gengivas, bochechas, palato duro e véu palatino. A inspeção dos elementos dentários busca todos os sinais de traumatismo; considerando a necessidade de que testes de sensibilidade pulpar devem ser realizados durante todo o período do acompanhamento do traumatismo e que, frequentemente há respostas negativas logo após traumas fortes, esse procedimento pode ser opcional no atendimento de urgência.

Diante de urgências traumáticas, é vital, não somente do ponto de vista das condições bucais locais, mas também da recuperação sistêmica do usuário, que as condutas de higiene bucal passíveis de realização dentro de cada quadro sejam prescritas e reforçadas pelos profissionais responsáveis pela assistência.

● Traumatismo aos Tecidos Periodontais

Concussão

Traumatismo moderado, sem grande repercussão no periodonto, não há sangramento no sulco gengival; NÃO HÁ MOBILIDADE E DESLOCAMENTO; relato de sensibilidade à percussão ou à mastigação.

Tratamento: indica-se proervação em função da idade do paciente e, em caso de dentição decídua, acompanha-se o processo de reabsorção radicular; se dentição permanente, é possível realizar desgaste seletivo. Havendo contato prematuro, orienta-se alimentação pastosa quando a mastigação for dolorosa.

Subluxação

Dor discreta, aumentada com percussão, pequena mobilidade; NÃO HÁ DESLOCAMENTO; pode haver sangramento no sulco gengival.

Tratamento: realiza-se prescrição de analgésicos e bochechos; em dentição permanente, se a mobilidade for grande, deve-se utilizar uma contenção semirrígida por duas semanas; orienta-se alimentação pastosa por pelo menos uma semana.

Luxação Intrusiva

Deslocamento do dente para o interior do osso alveolar. Ausência de mobilidade, em imagem radiográfica exhibe espaço do Ligamento Periodontal diminuído ou ausente.

Tratamento: Irriga-se e se limpa a área para localizar o dente. Tanto em dentição permanente quanto na decídua, proservar-se aguardando a reerupção espontaneamente; prescrevem-se analgésicos e bochechos com clorexidina sem álcool.

Luxação Extrusiva

HÁ DESLOCAMENTO DO DENTE para fora do alvéolo no sentido vestibular, palatino ou lingual; mobilidade dolorosa, sangramento no ligamento periodontal.

Tratamento: em dentição decídua, caso o dente apresente muita mobilidade ou incômodo oclusal, a extração pode ser necessária; sem essas condições, pode-se reposicionar o dente quando a extrusão for mínima; não é recomendada contenção; orienta-se quanto à mastigação e alimentação; no caso de dentição permanente, reposiciona-se o dente com contenção semirrígida durante duas semanas. Se necessário prescrição de analgésicos e bochechos.

Luxação Lateral

Observa-se deslocamento lateral do dente, lingual ou palatina, com interferências oclusais; frequentemente, há fratura alveolar associada.

Tratamento: quando ocorre na dentição decídua, faz-se a exodontia e, nos casos de fratura alveolar associada, redução por pressão digital vestibular e palatina com posterior sutura; em dentição permanente, reposiciona-se o elemento dentário, realiza-se pressão digital para redução da fratura alveolar e aplica-se contenção rígida pelo período de três a seis semanas, prescrição de analgésicos e bochechos; na dependência da condição bucodental, associa-se antibioticoterapia.

Avulsão

Confirma-se, com cureta cirúrgica ou instrumento de ponta romba, se o alvéolo está vazio, ou seja, o dente é totalmente deslocado de seu alvéolo.

Tratamento: em dentição permanente, com tempo de exposição inferior a uma hora e condições adequadas de conservação do dente (laceração mínima do ligamento periodontal e elemento dentário limpo), ele é recolocado imediatamente em seu alvéolo; contenção rígida pelo período de 7 a 14 dias e prescrevem-

se analgésicos e bochechos com clorexidina sem álcool; NÃO SÃO REALIZADOS REIMPLANTES EM DENTIÇÃO DECÍDUA.

● **Traumatismo aos tecidos duros dentais e à polpa**

Fratura coronária envolvendo somente esmalte

Tratamento: com perda mínima de substância, faz-se um simples desgaste sob irrigação; pode ser aplicado verniz com flúor ou selante; em caso de perda maior, faz-se a colagem do fragmento (se ele for encontrado) ou a reconstituição com compósito. Prescrevem-se analgésicos quando necessário, reforçando-se a realização da higiene bucal.

Fratura coronária de esmalte e dentina sem exposição pulpar

Tratamento: realiza-se proteção dentino pulpar com Hidróxido de Cálcio, colagem do fragmento ou reconstituição com compósito. Prescrevem-se analgésicos quando necessário, reforçando-se a realização da higiene bucal.

Fratura coronária com exposição pulpar

Tratamento: procede-se ao capeamento direto com Hidróxido de Cálcio, seguido de reconstrução coronária por colagem de compósito; proserva-se o usuário para avaliação da sintomatologia; em muitos casos, faz-se necessário radiografia para observar o grau de rizogênese. Se não houver disponibilidade de raio X, recomenda-se proservar o usuário, observando a idade dele, sua sintomatologia e, se necessário, realizar pulpotomia como tratamento conservador.

Fratura coronorradicular

Tratamento: se a fratura for alta (em relação ao nível gengival), realiza-se a extração do fragmento móvel, polimento da estrutura dentária remanescente e reconstrução; se baixa, gengivoplastia e ostectomia ao nível do traço de fratura, procedendo-se a reconstrução após cicatrização; se ocorrer fratura combinada a uma exposição pulpar, remove-se o fragmento, efetua-se capeamento ou pulpotomia. Preconiza-se exodontia quando a fratura se estender em profundidade superior a um terço da raiz clínica.

Fraturas radiculares

Tratamento: traumas envolvendo terços médio e apical demandam diagnóstico radiográfico, porque os procedimentos dependem do nível do traço de fratura; no entanto, sem disponibilidade de Raio X, realizar pressão digital para reduzir a fratura, agregando-se contenção rígida por três meses e orientações quanto à dieta e higiene oral.

● **Urgência hemorrágica**

Noventa por cento das situações de hemorragias bucais estão ligadas a procedimentos cirúrgicos, com predomínio das hemorragias pós-extrações.

As hemorragias que surgem nas primeiras horas após os procedimentos são denominadas primárias. As secundárias são aquelas que ocorrem, em geral, após as 12 horas seguintes à extração.

Em todos os casos, deve-se ir direto ao essencial: deter o sangramento mais rápido possível com os meios necessários. Faz-se necessário limpar a cavidade, retirando o coágulo anterior, para visualizar o sítio hemorrágico com objetivo de verificar a presença ou não de ápices residuais, tecido de granulação ou fragmentos ósseos móveis (para sua posterior remoção). Após lavagem e curetagem do alvéolo, coloca-se curativo hemostático bio absorvível no fundo dele, procedendo à sutura.

Para finalizar, comprime-se, localmente, durante 15 a 20 minutos. Devem ser reforçadas as instruções pós-operatórias como: redução de atividade e esforços físicos, alimentação pastosa fria ou gelada durante 24 horas, evitando-se bochechos e fumo nas primeiras 24 horas após a intervenção.

Em geral, o tratamento de uma hemorragia local se resume a três procedimentos: revisão, sutura e compressão.

Quando a hemorragia bucal está associada a uma medicação, por exemplo, anticoagulantes, o controle espontâneo é muito difícil. Além das etapas anteriores, é necessário associar medidas com a equipe médica local ou de referência do usuário.

No caso de hemorragia bucal espontânea, as causas podem ser múltiplas. O procedimento de urgência é a compressão gengival das zonas de hemorragia com gaze (ou material semelhante) estéril. As lesões periodontais, se existentes, e a higiene bucal em seu conjunto devem ser cuidadas. Se houver suspeita de comprometimento sistêmico (além do periodontal), é importante referenciar o usuário para avaliação médica.

● **Urgências do aparelho estomatognático – algias e disfunções**

O distúrbio das articulações temporomandibulares se apresenta por meio de uma grande variedade de manifestações clínicas, envolvendo músculos, a própria articulação ou a associação dessas duas estruturas. Para um diagnóstico diferencial e tratamento adequado, o exame das relações oclusais é inevitável. No entanto, em

um atendimento de urgência, essa avaliação costuma ser dificultada pelo quadro de dor ou limitação de abertura bucal, sendo, então, postergada para definição da etiologia e encaminhada para o manejo de um profissional especializado.

Luxação Condilar Bilateral

A luxação caracteriza-se pelo deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular, de forma a se posicionar sobre a face anterior da eminência articular. Pode ser provocada por um traumatismo ou por um movimento de abertura bucal forçada. Nessa condição, os côndilos são palpáveis na frente das depressões pré-auriculares e o usuário é incapaz de reposicionar a mandíbula sem ajuda. Quando ela se dá de forma espontânea, deve-se realizar manobra inversa à da luxação. Um desses procedimentos é a manobra de Nelaton (redução incruenta): o usuário deve ficar sentado, com cabeça reta, e o profissional de frente para ele. Os dedos polegares são posicionados na região dos molares inferiores, evitando a face oclusal. Os demais dedos seguram a região dos ângulos mandibulares, externamente. A mandíbula é conduzida para baixo e para trás. Após redução, realiza-se uma bandagem para limitar os movimentos de amplitude máxima. Recomenda-se alimentação pastosa e manutenção da bandagem durante 24 a 48 horas. Prescrição de analgésico e relaxante muscular.

Deslocamento de disco sem redução

O côndilo permanece atrás da banda posterior nos movimentos de translação condilar. O usuário apresenta diminuição da abertura bucal, sintomatologia dolorosa. A palpação dos músculos mastigadores e da ATM aumenta a dor. No atendimento de urgência, é importante tranquilizar o paciente, pois a angústia aumenta a tensão muscular, mantendo a situação de bloqueio. Prescrição de analgésico, antiinflamatório e miorelaxante.

Disfunção muscular

A fadiga muscular, causada por alguns hábitos bucais crônicos, tais como bruxismo, apertamento, distúrbios oclusais, modifica a função mastigatória normal, levando à sintomatologia dolorosa. Outro aspecto clínico adicional é a limitação de abertura bucal. Como tratamento de urgência, sugerem-se analgésico, antiinflamatório e miorelaxante.

• Urgências da mucosa

Lesões provocadas por prótese. Entre as lesões causadas pelo uso de prótese, destacam-se a candidíase, estomatites, hiperplasias inflamatórias e úlceras traumáticas. Cabe ressaltar que muitas dessas ocorrências estão associadas à desinformação dos pacientes quanto às normas de higiene e uso adequado das mesmas. Nesse item, serão tratadas as úlceras traumáticas.

Ao exame clínico, percebe-se que as ulcerações têm bordas marcadas e correlacionadas à prótese. No tratamento de urgência, deve-se suspender uso da prótese até a cicatrização da úlcera. Faz-se necessário modificar os contornos da prótese quando possível ou encaminhar ao atendimento especializado (quando se trata de confecção de nova prótese). Prescrição de gel anestésico, analgésicos e orientação de higiene.

Lesões provocadas por mordidas após a anestesia

Ausência de sensibilidade dolorosa induzida por anestesia locorregional pode provocar mordidas ou queimaduras durante o efeito da anestesia, em particular nos lábios, na língua ou na mucosa jugal. Prescrição de gel anestésico local e analgésico em caso de muita dor.

Queimadura da mucosa bucal

Ocorrem após a utilização de medicamentos de uso sistêmico aplicados topicamente ou, ainda, quando da ingestão de alimentos muito quentes. Realiza-se anamnese bem dirigida para diagnóstico. Prescrição de gel anestésico local e analgésico em caso de muita dor.

Ulceração aftosa recorrente

É a afecção mais comum da mucosa bucal. Normalmente, resolve-se de maneira espontânea, podendo apresentar caráter recorrente. São úlceras da mucosa bucal com bordas eritematosas extremamente dolorosas. Evoluem para a cura em sete a 15 dias e dividem-se em três tipos conforme aspecto clínico e evolução:

- Ulceração aftosa menor: ocorre preferencialmente na mucosa labial, nos freios, mucosas jugais, fundo do vestibulo, borda e faces ventrais da língua, assoalho bucal, véu palatino, pilares da amígdala, gengivas e palato;

- Ulceração aftosa maior: ulceração bastante profunda, sua evolução leva mais tempo e podem durar algumas semanas. Tamanho de 1 a 5 cm de diâmetro. Localiza-se preferencialmente em comissura labial, lingual e véu palatino, palato e amígdalas;

- Ulcerações aftosas herpetiformes: erosões de pequeno tamanho, muito numerosas, com tendência a confluir. Deve-se descartar o diagnóstico de estomatite herpética. No tratamento de urgência das ulcerações aftosas, deve-se realizar adequação do meio bucal, reforço nas orientações de higiene e prescrição de corticoide tópico (acetonido de triancinolona). Geralmente, a medicação tópica é preferida por ter pouco efeito colateral e menor chance de interação medicamentosa.

Se as lesões são severas e causam morbidade substancial, medicamentos sistêmicos (prednisona – quatro a cinco dias com 60-80 mg/dia, por exemplo) ou combinação destes com drogas de uso tópico são preconizados.

Em alguns casos, quando as úlceras são localizadas no palato mole ou na orofaringe, pode-se utilizar Elixir de Dexametasona para realização de gargarejo ou bochecho. O uso de Cloridrato de Benzidamina não traz benefício na cura da úlcera, porém o uso (ou de gel de Lidocaína), em alguns casos, pode trazer alívio momentâneo da dor.

● **Urgência infecciosa de origem viral**

O HSV (vírus herpes simples) é a urgência viral de maior ocorrência. Deve-se proceder ao diagnóstico diferencial com as ulcerações aftosas. Essas últimas não envolvem a gengiva e se manifestam clinicamente como úlceras, e não vesículas. A infecção herpética apresenta duas categorias:

- Gengivoestomatite herpética primária: frequentemente acomete crianças ou jovens com sinais sistêmicos clássicos: febre, mal-estar geral, irritabilidade e cefaleia. Clinicamente, observam-se numerosas vesículas agrupadas. Situam-se principalmente na gengiva, mas qualquer parte da mucosa pode ser atingida. Pode haver lesão peribucal. As ulcerações curam em 10 a 15 dias sem deixar cicatrizes.

O tratamento deve ser sintomático e de suporte, consistindo em prescrição de bochechos antissépticos e analgésicos. Antiviral, (aciclovir) prescrito nos três primeiros dias, retarda a evolução.

- Gengivoestomatite herpética secundária: a forma recidivante mais comum é o herpes labial. Sintomatologia menos severa do que na primoinfecção. Ausência de sinais gerais. Cura espontânea em 6 a 10 dias sem cicatrizes. Preconiza-se a prevenção da transmissão e manutenção dos cuidados de higiene bucal.

● **Urgência infecciosa de origem fúngica**

Candidíase é a infecção micótica bucal mais comum. Também chamada de sapinho, frequentemente, atinge idosos ou recém-nascidos. Durante os episódios de infecção, são comuns: disfagia, secura bucal com sensação de ardência e gosto metálico na boca. Na forma mais corrente, a pseudomembranosa, há uma fase eritematosa com pápulas esbranquiçadas (aspecto de leite talhado), placas que se soltam quando raspadas; já a forma eritematosa se distingue por dores intensas, zonas erosivas e ausência de eflorescências esbranquiçadas.

Tratamento: suprimem-se os fatores irritativos, quando possível (ex. prótese, fumo), e a disseminação sistêmica; objetiva-se trazer alívio para o usuário. Tratamento antifúngico local à base de nistatina ou miconazol. Se necessário, utilizar tratamento sistêmico com antifúngico, nos casos de intolerância ou paciente imunodeprimido.

● **Urgências pós-operatórias**

Alveolite supurada

Infecção no alvéolo decorrente de uma curetagem insuficiente após exodontia. Mucosa do alvéolo entumecida, superfície irregular, inflamada. Usuário descreve uma sensação de pulsação. Sinais infecciosos podem estar presentes: febre e linfadenopatia.

Tratamento: anestesia local, inspeção do alvéolo, lavagem com solução salina, antisséptico local, polvidona iodada, ou clorexidina a 0,12%. Prescrição de antibiótico e analgésico (exceto AINES e salicilatos).

Alveolite seca

Alvéolo sem nenhum coágulo, osso esbranquiçado, mucosa ao redor normal. O que caracteriza a alveolite seca é a dor sentida pelo paciente, normalmente após 24 a 48 horas da exodontia, que é intensa, persistente, lancinante, irradiante e pouco responsiva aos analgésicos. Decúbito exacerba a dor, a alimentação é difícil. Deve-se, após anestesia local, irrigar o alvéolo, colocando implante aloplástico e estabelecendo uso de antibiótico sistêmico.

b) Atendimento da demanda programada

Parametrização do processo de trabalho

- Para otimizar o tempo clínico e maximizar a resolubilidade da eSB em seu território, sugerem-se as seguintes ações: (PARANÁ, 2016)

- Atendimento de consultas programáticas de 3 a 4 pacientes por período de 4 por período de 4 horas, e as demais demandas espontâneas de 3 a 4 pacientes;

- O número de procedimentos preconizado é de 12 procedimentos por período de 4 horas.

- Priorizar procedimentos por quadrantes, de modo a qualificar o tempo clínico e reduzir o número de sessões necessárias para controle do caso;

- Priorizar o controle dos agravos mais prevalentes (doença cárie, com a utilização do ART (Tratamento Restaurador

Atraumático), ART Modificado, e a doença gengival, com o controle do biofilme supragengival);

- Criação de agenda integrada na UBS, com a integração da saúde bucal na atenção médica (Agenda integrada entendida como o planejamento conjunto entre eSF e eSB acerca da abordagem, forma de estratificação do atendimento e tratamento a demanda programada dos usuários da respectiva área de abrangência);
- Agendamento familiar, preferencialmente realizado pelo Agente Comunitário de Saúde, para organizar a demanda, de acordo com a disponibilidade do usuário;
- Utilizar prontuário único entre áreas médicas e odontológicas;
- Incentivar o estabelecimento de horário estendido, visando o aumento da cobertura e a facilidade de acesso aos usuários;
- Utilizar o espaço das reuniões de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, tabagistas, idosos, crianças de 0 a 5 anos e gestantes) para ações de prevenção e controle das doenças bucais;
- Utilizar o CPO-D no planejamento das ações. No CPO-D, dar ênfase ao C.

Estabelecer metas, como por exemplo:

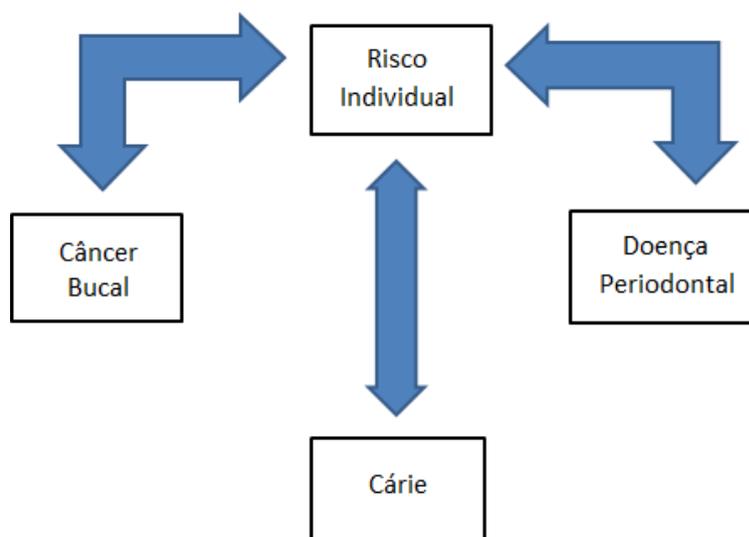
- Realizar atendimento a 100% das gestantes cadastradas, com primeira consulta, encaminhada pelo médico;
- Atividade de matriciamento e educação em saúde bucal entre 12 a 24 semanas de gestação;
- Garantir para 100% das crianças de 0 a 36 meses a primeira consulta de saúde bucal em 12 ou 24 meses;
- Crianças nascidas em 2018: zero cárie em 2025.

Classificação ou estratificação de risco odontológica para demanda reprimida

- Ferramenta necessária para a organização da demanda odontológica, obedecendo critérios de necessidades.
- Além de organizar a fila de espera, propõe outra ordem, que não seja a ordem de chegada para garantir o atendimento a todos.
- É muito importante para organização da agenda.

3. Classificação de Risco Individual

- Cárie
- Doença periodontal
- Câncer Bucal



CRITÉRIOS DE RISCO DE CÁRIE

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
Baixo Risco	<u>1</u>	Ausência de cárie, sem placa, sem gengivite, sem restaurações ou com restauração
	<u>2</u>	Um ou mais dentes com cárie crônica, sem placa, sem gengivite, sem mancha branca ativa.
Risco Moderado	<u>3</u>	Um a dois dentes com cárie <u>aguda/mancha</u> branca ativa, presença de restaurações insatisfatórias, placa e gengivite.
Alto Risco	<u>4</u>	Três a quatro dentes com cáries agudas, presença de placa e gengivite.
	<u>5</u>	Mais de quatro dentes com cárie aguda

CRITÉRIOS DE RISCO DE DOENÇA PERIODONTAL

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
Baixo risco	<u>0</u>	Elemento com <u>periodonto</u> sadio
Risco Moderado	<u>1</u>	Elemento com gengivite
	<u>2</u>	Elemento com cálculo <u>supragengival</u>
	<u>3</u>	Sequela de doença periodontal
Alto risco	<u>4</u>	Elemento com cálculo <u>subgengival</u> e com mobilidade reversível ou sem mobilidade
	<u>5</u>	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

CRITÉRIOS DE RISCO EM TECIDOS MOLES		
CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
Baixo risco	0	Elemento com <u>periodonto</u> sadio
Risco Moderado	10	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2
Alto risco	11	Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo <u>eritroplasia</u> ; nódulo de crescimento rápido com áreas ulceradas.

PROGRAMAÇÃO DE RETORNO APÓS TC

*Segundo somatório da pontuação, conforme classificação de risco

AGRAVOS	CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	RETORNO PROGRAMADO
Cárie	Baixo e Moderado	1 2 3	Anual
	Alto	4	8 meses
	Alto	5	6 meses
Doença Periodontal	Baixo	0	Anual
	Moderado	1 2 3	Anual
	Alto	4 e 5	4 meses
Tecidos Moles	Baixo	0	Anual
	Moderado	10	6 meses
	Alto	11	3 meses

Escore de risco familiar

Classificação de risco familiar está indicada, como possibilidade de ser ordenadora das ações do serviço odontológico, por parte das ESB, organizando sua demanda na priorização das ações, com maior equidade.

O SUS preconiza o uso da equidade como forma de dirimir as iniquidades provocadas por estas condições sociais adversas. Na prática do acesso aos serviços de saúde, o uso deste princípio tende a ser uma alternativa factível do ponto de vista local considerando que as **desigualdades sociais** refletem quase sempre no padrão de saúde-doença da população e para isso é necessário o uso de informações sobre as condições de vida desta e assim priorizar os que mais necessitam.

(Segundo Coelho e Savassi)

RISCO	PONTUAÇÃO
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
<u>Drogadição</u>	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de 6 meses	1
Indivíduo maior que 70 anos	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador / cômodo maior que 1	3
Relação morador / cômodo igual a 1	2
Relação morador / cômodo menor que 1	0

PONTUAÇÃO TOTAL	RISCO FAMILIAR
5 e 6	Risco menor
7 e 8	Risco médio
Acima de 9	Risco máximo

		TOTAL
Existe alguém acamado na residência ?	3	
Existe alguém com deficiência física na residência ?	3	
Existe alguém com deficiência mental na residência ?	3	
As condições de saneamento são baixas?	3	
Tem alguém com desnutrição grave?	3	
Tem alguém viciado em drogas?	2	
Tem alguém desempregado?	2	
Tem alguém analfabeto?	1	
Tem alguém menor de 6 meses ?	1	
Tem alguém com mais de 70 anos?	1	
Tem alguém com hipertensão arterial sistêmica?	1	
Tem alguém com Diabete Mellitus?	1	
Qual a <u>relação</u> morador / cômodo?		
<input type="checkbox"/> 3 Maior que 1 por cômodo	<input type="checkbox"/> 2 Igual a 1 por cômodo	<input type="checkbox"/> 0 Menor que 1 por cômodo

Ações Coletivas:

a) Ações coletivas em escolares de 6 a 14 anos
Ações coletivas no restante da população da área adscrita

b) Ações coletivas em escolares de 6 a 14 anos

O Estado do Mato Grosso do Sul, possui uma normatização para orientar os municípios no programa coletivo d escolares de 6 a 14 anos, que segue em anexo ao Protocolo Estadual de Atenção em Saúde Bucal.

a) Ações coletivas no restante da população da área adscrita

Cada unidade de saúde, deverá realizar a organização das ações coletivas da áreas adscrita, de acordo com a realidade. Podem ser organizadas as ações em creches, associações, igrejas, centros comunitários e em conjunto com os demais integrantes da equipe da atenção primária

ATENÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA MÉDIA COMPLEXIDADE

CONSIDERAÇÕES

- Protocolo Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal, 2008
- Protocolo de Atenção à Saúde Bucal dos municípios de Dourados (MS) e de Porto Alegre (RS)

- Livro: A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, Brasília-DF, 2018
- Portaria de Consolidação nº 5
- Portaria de Consolidação nº6
- Resolução nº87 CIB/SES de 11 de dezembro de 2018

INTRODUÇÃO

Os cidadãos que não tiverem suas necessidades em saúde bucal resolvidas na APS, e necessitarem de atendimento especializado, poderão ser encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para tratamentos em Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial (CTBMF), Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

Este documento organiza-se da seguinte forma:

A. Apresentação de critérios gerais para referência às Especialidades Odontológicas.

B. Especificação das Especialidades:

- 1) Estomatologia (diagnóstico das Lesões de Boca e Câncer Bucal);
- 2) Endodontia;
- 3) Periodontia;
- 4) Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial;
- 5) Tratamento Especializado as Pessoas com Necessidades Especiais;
- 6) Outras Especialidades

Critérios Gerais para Referência às Especialidades Odontológicas

Os Centros de Especialidades odontológicas (CEO), ou outras unidades de especialidades, serão referências de média complexidade para Unidades básicas e Estratégia de Saúde da família.

Especialidades mínimas obrigatórias atendidas no CEO:

- Diagnóstico das Lesões de Boca e Câncer Bucal,
- Endodontia,
- Periodontia,
- Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial,
- Pacientes Portadores de Necessidades Especiais.

Outras especialidades: Ortodontia, implante, prótese, odontopediatria...

- Encaminhar, usuários que tenham realizado tratamento prévio em Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família;
- Pacientes atendidos em UPA ou em plantões odontológicos deverão ser encaminhados para as Unidades básicas para concluir os procedimentos básicos.
- Todos os pacientes deverão ser encaminhados com a adequação do meio bucal (remoção de fatores retentivos de placa, restos radiculares e elementos dentários com acentuada mobilidade vertical, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle do biofilme dental, controle de bolsa periodontal de até 4 mm). Caso o paciente não esteja nestas condições, será contrarreferenciado para a unidade básica.
- O encaminhamento deverá ser feito através do sistema atual de regulação do município, com documento de referência e contrarreferência.
- O encaminhamento deverá ter todos os seus campos devidamente preenchidos, de forma clara, com identificação do profissional (nome e CRO), data e assinatura, preenchido pelo próprio Cirurgião Dentista.

Este documento deverá conter o máximo de informações sobre o usuário:

- Número da carteira nacional do SUS (CNS),
- Número do prontuário,
- Unidade de origem,
- Motivo do encaminhamento e condições clínicas
- Exames complementares e radiográficos
- Exames laboratoriais

- outros exames radiológicos (tomografias, ressonâncias.....)

• Após o término do tratamento, o usuário será encaminhado, através do sistema de informação do município, para a unidade de saúde de origem, onde concluirá o tratamento e manutenção.

• O formulário de contrarreferência deve ser preenchido com a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizado, bem como a devolução dos exames previamente encaminhados;

• Em casos de pacientes com estado de saúde geral severo, deverá ser estabilizado na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento para o tratamento odontológico;

• Para cada especialidade estão estabelecidos critérios clínicos, para encaminhamentos, que deverão ser seguidos.

1) Estomatologia

• A partir do diagnóstico da condição bucal ou da percepção de que há perda da normalidade em qualquer localização do complexo maxilomandibular, é imperativo que, analisados os critérios de encaminhamento, o paciente seja referenciado para a especialidade.

• A especialidade de Estomatologia irá atender pacientes que necessitam de:

- Diagnóstico de lesões bucais;

- Manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares;

- Solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais: exames laboratoriais, exames de imagem (radiografias, tomografias, ressonância magnética, ecografia);

- Pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade bucal (com laudo histopatológico) que devam ser encaminhados para a rede hospitalar para tratamento.

RECOMENDAÇÕES QUE DEVEM SER RESPEITADAS:

• O encaminhamento para a avaliação estomatológica deverá ser realizado através do sistema atual de regulação dos municípios, ou formulários específicos.

• No encaminhamento, deverá constar a localização anatômica da lesão ou condição a ser investigada e suas principais características (dimensão, cor textura...)

• O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência, desde a suspeita da lesão à comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento;

Critérios de Inclusão para Diagnóstico das Lesões de Boca e Câncer Bucal

• Lesão ulcerada que persista por mais de 14 dias, mesmo após a remoção de sua causa provável.

• Lesões brancas, vermelhas ou branco-avermelhadas, especialmente não raspáveis.

• Lesão pigmentada (violácea ou enegrecida).

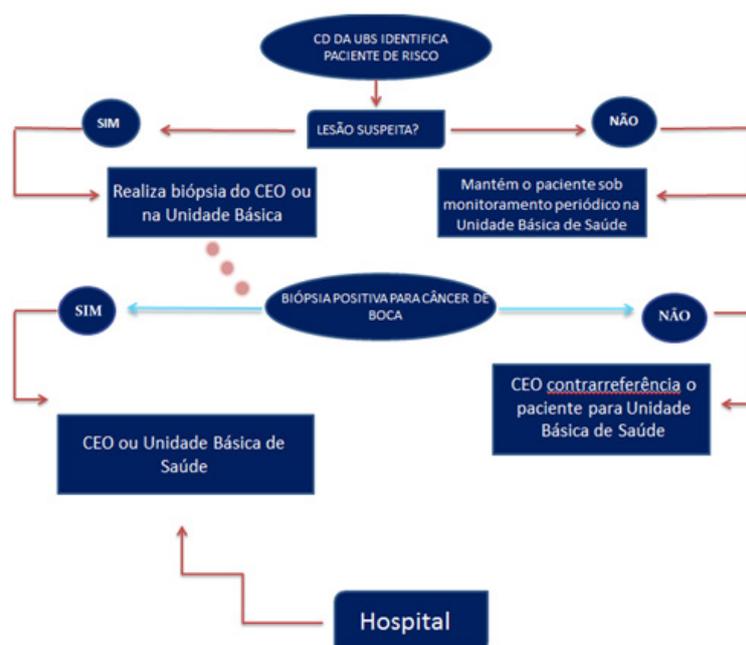
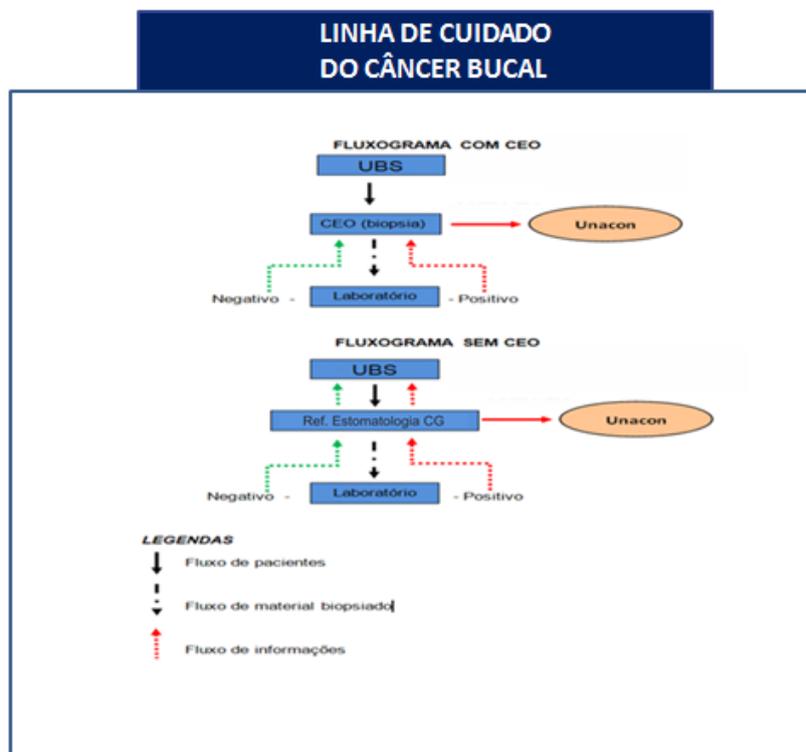
• Qualquer lesão oral com características suspeitas, como crescimento rápido, infiltração, endurecimento e fixação.

• Nódulos intraorais não visíveis, mas palpáveis.

• Caroço no pescoço, recente e inexplicável.

• Disfagia inexplicada, com duração superior a três semanas.

• Qualquer distúrbio que necessite de tratamento clínico-cirúrgico



2) Endodontia

Serão encaminhados para a especialidade de Endodontia os usuários que necessitarem de terapias não conservadoras, como:

- Biopulpectomia
- Necropulpectomia
- Retratamento Endodôntico (Independente de onde tenha realizado a endodontia).

Procedimentos de Endodontia

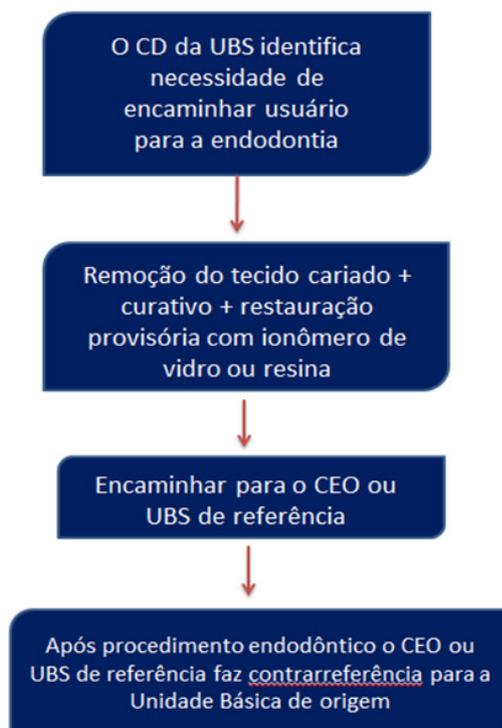
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
0307020037	Obturação de Dente Decíduo
0307020045	Obturação em Dente Permanente <u>Birradicular</u>
0307020053	Obturação em Dente Permanente c/ três ou mais raízes
0307020061	Obturação em Dente Permanente <u>Unirradicular</u>
0307020100	<u>Retratamento</u> endodôntico em dente permanente uni-radicular
0307020088	<u>Retratamento</u> endodôntico em dente permanente <u>bi-radicular</u>
0307020096	<u>Retratamento</u> endodôntico em dente permanente c/ 03 ou mais raízes
0307020118	Selamento de perfuração radicular

Critérios de Inclusão ao Tratamento Endodôntico

- Os usuários devem ser encaminhados com o diagnóstico e o acesso à cavidade pulpar realizados, curativo de demora indicado, selamento com o material adequado e, se necessário, prescrição de medicação sistêmica, como analgésicos, anti-inflamatórios e/ou antibióticos.
- O elemento dentário a ser submetido a tratamento endodôntico deverá apresentar condições de coroa remanescente para retenção do grampo.
- Em casos de perfurações radiculares, deve-se realizar exame clínico radiográfico e encaminhar diretamente para a especialidade.

Critérios de Exclusão ao Tratamento Endodôntico

- Dentes abertos ou sem curativos de demora;
- Dentes com envolvimento de furca;
- Dentes com grande destruição coronária, que não possibilite realização de coroa dentária.
- 3º molares (exceto os casos em que o dente seja necessário para o usuário, devendo então estar escrito no encaminhamento);
- Dentes com elevada grau de mobilidade;
- Dentes permanentes jovens passíveis de tratamento conservador como capeamento ou pulpotomia.



3) Periodontia

A especialidade de Periodontia irá atender:

- Periodontites agressivas
- Aumento de volume gengival induzido por drogas
- Necessidades cirúrgicas para realização de procedimentos restauradores
- Periodontites crônicas com mais de 50% de perda de inserção
- Lesões de furca
- Lesões endopéριο
- Indivíduos que não apresentarem redução de profundidade de sondagens das bolsas periodontais tratadas na UBS, permanecendo com sangramento.

Procedimentos de Periodontia

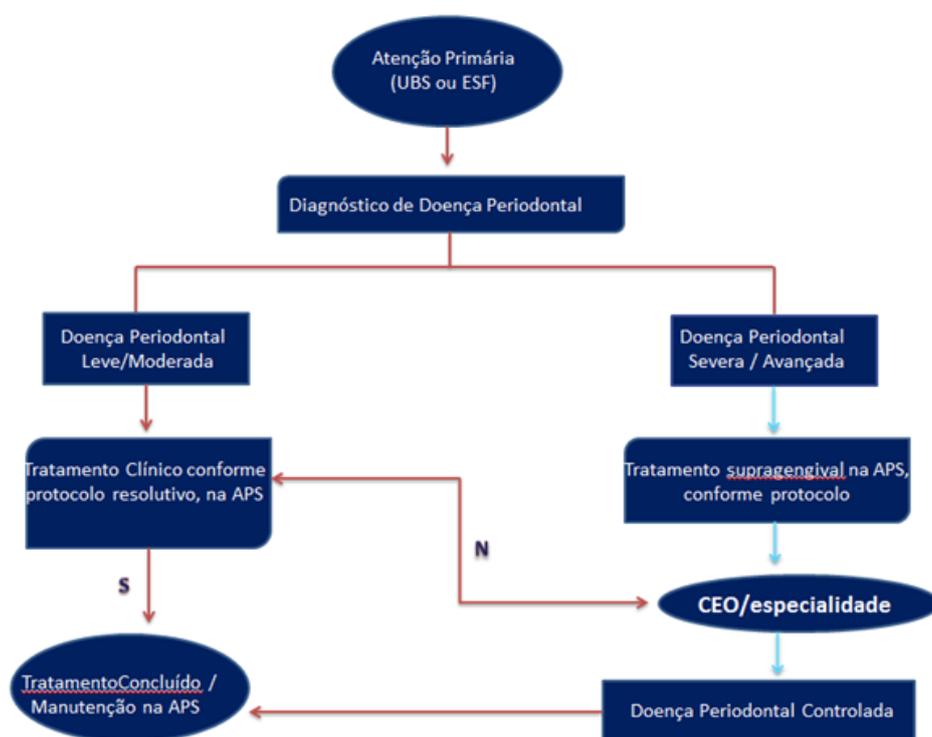
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
030703003-2	Raspagem <u>corono-radicular</u> (por sextante)
0414020081	Enxerto Gengival
0414020154	<u>Gengivectomia</u> (por sextante)
0414020162	<u>Gengivoplastia</u> (por sextante)
0414020275	Tratamento Cirúrgico Periodontal (por sextante)

Critérios de Inclusão ao Tratamento Especializado em Periodontia

- Após adequação do meio bucal,
- Após selamento permanente ou provisório de TODAS as cavidades abertas
- Após as exodontias de dentes indicados e raiz residual
- Após Terem sido submetidos aos procedimentos periodontais da atenção básica sem obter sucesso.

Critérios de Exclusão ao Tratamento Especializado em Periodontia

- Pacientes que apresentam bolsas periodontais abaixo de 4mm.
- Pacientes que apresentam dentes com elevado grau de mobilidade;
- Pacientes sem adequação do meio bucal.
- Pacientes com presença de raízes residuais;
- Pacientes com cálculo supra gengival;
- Pacientes com cavidades de cárie.
- Pacientes com dentes com lesão de furca aparente;

4) Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

A portaria 1464/GM, de 24 de setembro de 2011, estabelece, para a especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial, os seguintes procedimentos oferecidos.

Procedimentos de Cirurgia

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
0201010132	Biopsia de Glândula Salivar
0201010348	Biopsia de Osso do Crânio e da Face
0201010526	Biopsia dos Tecidos Moles da Boca
0307010058	Tratamento de nevralgias Faciais
0404020445	Contenção de Dentes por <u>Splintagem</u>
0404020488	<u>Osteotomia</u> das Fraturas Alvéolo Dentárias
0404020577	Redução de fratura Alvéolo-Dentária sem <u>Osteossíntese</u>
0404020615	Redução de Luxação <u>Temporo-Mandibular</u>
0404020623	Retirada de Material de Síntese Óssea/Dentária
0404020674	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado

0414010345	Excisão de Cálculo de Glândula Salivar
0414010361	Exérese de Cisto <u>Odontogênico</u> e <u>Não-Odontogênico</u>
0414010388	Tratamento Cirúrgico de Fístula <u>Intra/Extra-Oral</u>
0401010082	<u>Frenectomia</u>
0404010512	<u>Sinusotomia Transmaxilar</u>
0404020038	Correção Cirúrgica de Fístula Oro nasal/Oro-sinusal
0404020054	Drenagem de Abscesso da Boca e Anexos
0404020089	Excisão de <u>Rânula</u> ou Fenômeno de Retenção Salivar
0404020097	Excisão e Sutura de Lesão de Boca
0404020100	Excisão em cunha do Lábio
0404020313	Retirada de Corpo Estranho dos Ossos da Face
0404020631	Retirada de Meios de Fixação <u>Maxilo-Mandibular</u>
0414010256	Tratamento Cirúrgico de Fístula Oro-Sinusal/Oro-Nasal
0414020022	<u>Apicectomia C/ ou S/</u> Obturação Retrograda
0414020030	Aprofundamento de Vestíbulo Oral (por sextante)
0414020049	Correção de Bidas Musculares
0414020057	Correção de Irregularidades de Rebordo Alveolar
0414020065	Correção de Tuberosidade do Maxilar
0414020073	Curetagem <u>Periapical</u>
0414020090	Enxerto Ósseo de Área Doadora <u>Intrabucal</u>
0414020146	Exodontia Múltipla c/ <u>Alveolo-Plastia</u> por Sextante
0414020170	<u>Glossorrafia</u>
0414020200	<u>Marsupialização</u> de Cistos e <u>Pseudocistos</u>
0414020219	<u>Odontosecção/ Radilectomia/ Tunelização</u>
0414020243	Reimplante e Transplante Dental (por elemento)
0414020278	Remoção de Dente Retido (Incluso/Impactado)
0414020294	Remoção de <u>Tórus</u> e Exostoses
0414020359	Tratamento Cirúrgico p/ <u>Tracionamento</u> Dental
0414020383	Tratamento de <u>Alveolite</u>
0414020405	<u>Ulotomia/Ulectomia</u>

Critérios de inclusão ao Tratamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Após Adequação do meio bucal com selamento permanente ou provisório de TODAS as cavidades abertas; tratamento periodontal realizado, exodontias realizadas;

Cirurgia Dentoalveolar:

- Retenções, inclusões ou impactações dentárias.
- Cirurgias de exposições e colagem de dispositivos para tracionamentos ortodônticos.
- Transplantes dentais autógenos
- Exodontias complexas (que necessitem de osteotomias e/ou odontosseções diversas; ou casos de dentes próximos às estruturas nobres com risco eminente de lesões adjacentes).
- Cirurgias ósseas com finalidade protética ou reabilitadora.
- Cirurgias de tecidos moles com finalidade protética ou reabilitadora (cirurgias mucogengivais).

- Enxertos ósseos nos maxilares.

Patologia cirúrgica:

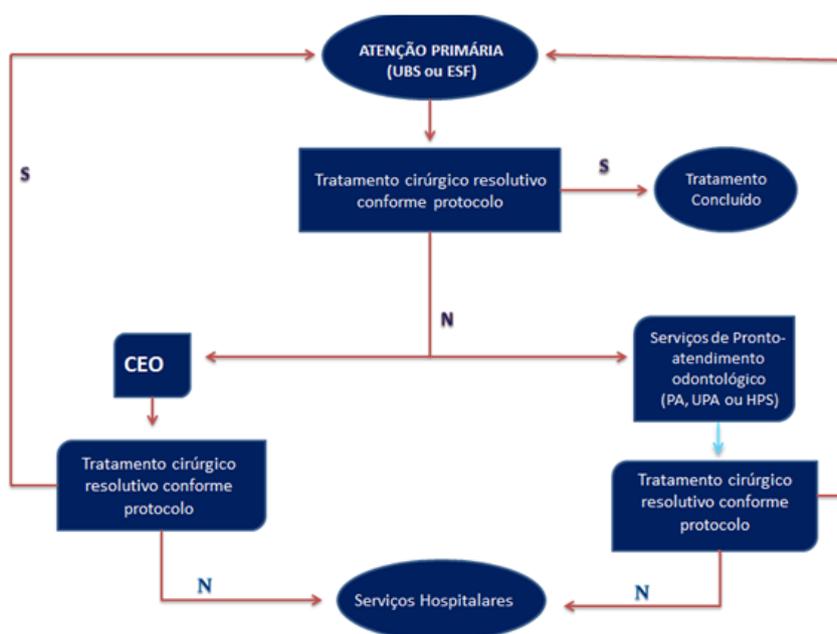
- Tratamento cirúrgico das infecções odontogênicas.
- Cirurgia parendodôntica ou periapicais (com possibilidade da participação do endodontista em caso de habilitação para realizar tal procedimento).
- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos tecidos moles da face
- Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos de tecidos moles.
- Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intraósseos.
- Tratamento das sinusopatias maxilares de origem odontogênica.
- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos/neoplásicos ou fenômenos de retenção e/ou extravasamento de muco das glândulas salivares menores.
- Tratamento clínico/ambulatorial das patologias da articulação temporomandibular (ATM).
- Tratamento cirúrgico não invasivo da ATM (artrocentese ou lavagem articular).
- Biópsias de tecidos moles e duros do complexo bucomaxilofacial.

Cirurgias bucomaxilofaciais estético-funcionais:

- Cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais.
- Cirurgias esqueléticas ortocirúrgicas ambulatoriais.
- Osteoplastias/osteotomias maxilares ambulatoriais

Crítérios de Exclusão ao Tratamento Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica);
- Terceiros molares erupcionados, sem dilaceração radicular/anquilose. Deve-se avaliar a necessidade da exodontia destes pelo posicionamento e oclusão, bem como a ausência dos primeiros ou segundos molares;
- Raízes residuais;
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos, até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem a inclusão e encaminhamento;
- Usuários sem adequação do meio bucal.



5) Tratamento Especializado as Pessoas com Necessidades Especiais (PNE)

Na AB, deverão ser atendidos todos os pacientes com necessidades especiais de baixa complexidade e que respondam ao manejo comportamental.

Estes procedimentos de Atenção Básica em Centros de Especialidades Odontológicas, só se justificam na realização de atendimentos aos pacientes com necessidades especiais.

Procedimentos para PNE

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
0101020058	Aplicação de <u>Cariostático</u> (por dente)
0101020066	Aplicação de Selante (por dente)
0101020074	Aplicação Tópica de Flúor (individual por sessão)
0101020082	Evidenciação de Placa Bacteriana
0101020090	Selamento Provisório de Cavidade Dentária
0307010015	Capeamento Pulpar
0307010023	Restauração de Dente Decíduo
0307010031	Restauração de Dente Permanente Anterior
0307010040	Restauração de Dente Permanente Posterior
0307020070	<u>Pulpotomia</u> Dentária
0307030016	Raspagem Alisamento e Polimento <u>Supragengivais</u> (por sextante)
0307030024	Raspagem Alisamento <u>Subgengivais</u> (por sextante)
0414020120	Exodontia de Dente Decíduo
0414020138	Exodontia de Dente Permanente

Recomendações que devem ser respeitadas

Ainda que existam grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas unidades básicas. Quando necessário, deverão ser encaminhados ao Centro Especializado, acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional;

Critérios de Inclusão ao Tratamento Especializado as Pessoas com Necessidades Especiais

- Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo, podem ser encaminhados para o Centro Especializado, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar;
- Pacientes com movimentos involuntários, que coloquem em risco a sua integridade física, e aqueles, cuja história médica e condições complexas, necessitem de uma atenção especializada;
- Pacientes portadores de sofrimento mental, que apresentam impossibilidade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Pacientes deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento, após tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico "grave" (ex. paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento na APS;
- Paciente autista quando da impossibilidade de atendimento na APS;
- Nos municípios onde o CEO não possui atendimento de Odontopediatria, as crianças de 0 a 3 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico já tentado na Unidade Básica.

Critérios de Exclusão ao Tratamento Especializado as Pessoas com Necessidades Especiais

Não devem ser referenciados para os CEO pacientes com:

- Cujas limitações sejam exclusivamente: motoras, visuais, auditivas e de fala.
- Gestantes de baixo risco;
- Bebês e crianças, que colaboram com tratamento;
- Diabéticos compensados;
- Cardiopatas compensados;
- Defeitos congênitos ambientais, desde que não haja limitações físicas e metabólicas para este atendimento nas UBS.



ATENÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ALTA COMPLEXIDADE

PROTOCOLO DE ACESSO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO HOSPITALAR À PESSOA COM DEFICIÊNCIA/ PORTADORA DE NECESSIDADES ESPECIAIS (MEDIANTE SEDAÇÃO)

RESOLUÇÃO 87 CIB/SES/ CAMPO GRANDE 11 DE DEZEMBRO DE 2018

A. Unidades Solicitantes:

- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) dos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul;
- Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) do Estado de Mato Grosso do Sul;
- Unidades de Atenção Primária dos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul*.

B. Sexo:

Ambos

C. Idade:

0 a 130

D. Motivos para encaminhamento:

Serão encaminhados à referida especialidade pacientes portadores dos seguintes quadros clínicos e/ou enfermidades:

- De caráter genético;
- Distúrbios neurológicos;
- Doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central;
- Distúrbios psicológicos
- Desvios e limitações intelectuais;
- Más formações e transtornos de caráter congênito;
- Más formações e transtornos neurológicos;
- Distúrbios motores;
- Deficiências sensoriais;
- Doenças endócrino-metabólicas;
- Doenças infectocontagiosas;
- Desvios de interação social;
- Deficiências de interação ou comunicação que caracterizem transtornos e/ou déficit cognitivos;
- Comprometimento ou restrição fisiológica que demandem atenção especializada;
- Doenças de cunho sistêmico com caráter limitante.

•Serão encaminhados à referida especialidade pacientes portadores dos quadros clínicos e/ou enfermidades descritos anteriormente, quando da incapacidade do atendimento dos mesmos por parte dos profissionais especialistas ou considerados o quadro clínico comprometido e demais comorbidades associadas que possam comprometer a integridade do próprio paciente durante atendimento.

E. Orientações para encaminhamento:

• Pacientes considerados para o tratamento odontológico sob sedação deverão ser encaminhados para os serviços de referência obrigatoriamente com informações e histórico detalhado que justifique a inviabilidade clínica;

• Fornecer todas as orientações possíveis em relação à complexidade do quadro apresentado, pelo paciente, no ato do encaminhamento bem como demais informações de relevância do quadro de saúde geral do mesmo;

• Sempre que possível, o paciente identificado como Portador de Necessidades Especiais deverá comparecer ao atendimento com um acompanhante e/ou responsável conhecedor de seu quadro e histórico clínico;

- Também não deverão ser encaminhados pacientes cujos pais e/ou responsáveis não estejam de acordo com o tratamento proposto ou questionem a conduta clínica bem como diagnóstico do profissional que realizar a referência.

F. Critérios de acesso:

- Histórico médico/odontológico que justifique atenção especializada, devidamente documentado, apresentado ao profissional e/ou unidade de origem que justifique o encaminhamento;
- Pacientes oriundos de outras especialidades, encaminhados sob orientação e necessidade de atendimento odontológico;
- Pacientes com distúrbios sistêmicos graves que podem ou não estar relacionados com o motivo do encaminhamento (ASA III, de acordo com American Society of Anesthesiology);
- Pacientes considerados como aptos a procederem com o tratamento dentro da atenção básica, serão encaminhados juntamente com a contrarreferência preenchida pelos profissionais do serviço especializado para suas respectivas unidades de origem;

G. Critérios para a classificação de urgência:

- Pacientes com sintomatologia dolorosa e/ou perda de função mastigatória que caracterize comorbidade à doença pré-existente;
- Pacientes com tratamento iniciado nas especialidades Oncologia (UNACON), Psiquiatria, Endocrinologia, Cardiologia que necessitem de intervenção odontológica complementar a estes;
- Pacientes portadores de complicações sistêmicas em que alterações no meio bucal possam ser consideradas comorbidades e/ou fatores agravantes;
- Pacientes diagnosticados como portadores de doenças autoimunes e/ou doenças infectocontagiosas que se encontrem descompensados ou debilitados em função das mesmas (munidos de autorização para tratamento odontológico fornecido pela equipe médica responsável).