

**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**COMISSÃO PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO
PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Agosto de 2010

**CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**COMISSÃO PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO
PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

“Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”

Agosto de 2010

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA – DF

Julio César – Presidente do CRO-DF

Toni Arcuri – Secretário do CRO-DF

José Cleonir Tognonato Filho – Tesoureiro do CRO-DF

COMISSÃO PARA O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Ângela Maria Sá Leitão Fiúza Lima – Presidente

Omar Nunes Filho – Secretário

Ana Alice Gomes de Paula

Ana Flavia Silveira de Oliveira Carballal

Ana Maria Ferreira

Diógenes Seguti Ferreira

Helen Cristina Borgato Fonseca

Marieta Ferraz

Suely Assunta Gonçalves

Tatiana Oliveira Menezes Kishimoto

Giancarlo Crosara Lettieri – Conselheiro do CRO-DF

Marcílio Jorge Fonseca Sales – Secretário Executivo do CRO-DF

COLABORADORES

S.E.S. - DF

ABRAPAR

APADA

ABRIGO DOS DEFICIENTES

ABRACE

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por termos tido a oportunidade de trabalhar com pacientes especiais, de reconhecermos as suas necessidades e de nos envolvermos com eles, mas, principalmente, por nos tornarmos pessoas melhores graças à convivência com esses pacientes e suas famílias.

Agradecemos aos nossos pacientes com necessidades especiais, que tem nos possibilitado crescimento intelectual e emocional. Com eles aprendemos maravilhosas lições de amor, paciência, aceitação, tolerância e humanidade.

Aos que participaram da elaboração desse trabalho, com a dedicação de seu precioso tempo e conhecimento, cuja recompensa é a possibilidade de dividir seu saber de forma solidária e democrática, contribuindo para a melhoria da saúde bucal da comunidade.

Brasília, agosto de 2010.

Julio Cesar
Presidente CRO-DF

Ângela Maria S. L. Fiúza Lima
Presidente da Comissão do PNE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
PROTOCOLO - conceito.....	9
CONCEITO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	10
CLASSIFICAÇÃO.....	11
CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	13
ATENDIMENTO AMBULATORIAL.....	14
Reunião prévia com o responsável pelo paciente.....	14
Consentimento esclarecido.....	14
ANAMNESE E EXAME CLÍNICO.....	16
Planejamento do tratamento.....	16
ABORDAGEM INICIAL.....	23
URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS.....	26
ADEQUAÇÃO DO MEIO.....	29
Aconselhamento dietético.....	29
Controle da Placa.....	29
Orientação de higiene oral.....	30
Uso de fluoretos ou selantes.....	30
Profilaxia profissional.....	31
Escavação - ART	31
ADEQUAÇÃO COMPORTAMENTAL (Gerenciamento de comportamento).....	32
A CONTENÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS.....	33
Contenção física.....	33
Contenção química.....	36
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL.....	43
Indicações da Anestesia Geral para Tratamento Odontológico.....	44
Elaboração do plano de tratamento.....	44
Equipe.....	45
Consentimento Esclarecido (Centro Cirúrgico).....	46
Preenchimento do pedido de internação e marcação da cirurgia.....	47
Internação e pré-anestésico.....	48
Atuação do cirurgião dentista.....	49
Tratamento odontológico.....	50
Cuidados pós- operatórios.....	50
Manutenção.....	51

MANUTENÇÃO PREVENTIVA.....	52
ANEXO I - EQUIPAMENTOS E CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.....	55
ANEXO II - ORGANOGRAMA.....	56
ANEXO III - CONSENTIMENTO ESCLARECIDO.....	57
ANEXO IV - FICHA CLÍNICA.....	59
ANEXO V - ODONTOGRAMA.....	63
ANEXO VI - PLANO DE TRATAMENTO.....	65
ANEXO VII - EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO.....	66
ANEXO VIII - CONSENTIMENTO ESCLARECIDO (Centro Cirúrgico).....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE (CENSO, 2000), 14,5% da população brasileira possui algum tipo de deficiência. Esse público é numeroso, sobretudo quando se observam todas as nuances de necessidades especiais. Algumas privam o indivíduo da atividade física, outras influenciam cognitiva ou emocionalmente e há aquelas que afetam os sentidos. Existem condições inatas e as que vão sendo adquiridas com o passar do tempo. Certamente essa população tem direito à saúde, inclusive à saúde bucal.

A saúde não é apenas ausência de doença, é o bem estar físico, mental e social do ser humano. A saúde bucal envolve muito mais que dentes e está relacionada com outras estruturas, como os músculos e ossos faciais. Essas estruturas, quando em harmonia, são importantes para as funções do sistema estomatognático, como a mastigação, fonação, deglutição, melhorando a nutrição e a estética facial. Esses fatores aumentam a autoestima, ampliam os relacionamentos interpessoais, resultando em melhor qualidade de vida. Nesse contexto, como ficam os pacientes com necessidades especiais? Bastante estigmatizados pela sociedade, muitos deles apresentam - se com um estado de saúde bucal deplorável o que afeta todo seu bem estar físico, mental e social.

Os serviços devem se organizar para oferecer a esses pacientes atendimento prioritário no âmbito da atenção primária, bem como estruturar atendimentos em unidades de referência, especializada e hospitalar para os casos de maior complexidade, inclusive para atendimento sob anestesia geral. A estruturação de serviços em saúde bucal voltado para esta clientela requer a atenção em todos os níveis de complexidade, fato que impõe a necessidade de um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde.

Neste sentido, surge o fórum para pacientes com necessidades especiais promovido pelo Conselho Regional de Odontologia do DF, realizado como um espaço de discussão dos profissionais da odontologia e voltado para a organização do atendimento aos pacientes com necessidades especiais (PNE). Para que o cirurgião dentista clínico geral apresente maior resolutividade e qualidade no seu atendimento, faz-se necessário instrumentalizá-lo em relação a técnicas e procedimentos especializados, que possam ser utilizados na atenção básica, estabelecendo limites de atuação profissional e condições de encaminhamento.

O atendimento ao paciente especial tem como principal porta de entrada o serviço público em seu nível básico, através das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família. Mas essa clientela poderá receber assistência odontológica em unidades básicas de saúde, em clínicas odontológicas das instituições de ensino em odontologia, clínicas das associações de classe, tais como ABO, ABCD, APCD, através de seus cursos de especialização e nos consultórios da rede particular. Esses serviços oferecem as primeiras orientações em saúde bucal, prevenção e outros procedimentos odontológicos.

O sucesso do tratamento odontológico ao paciente especial implica na construção de vínculos positivos entre a equipe de saúde bucal, o paciente e sua família. Esse protocolo foi criado com o intuito de apresentar ao cirurgião dentista, formas de abordagem junto a esses pacientes, principalmente aos deficientes mentais e seus familiares. Orientações foram propostas a respeito da consulta inicial, prevenção, atendimentos de urgências, tratamentos odontológicos de rotina e manutenções preventivas. Foi considerada a diversidade de comportamentos desses pacientes e apresentadas técnicas de condicionamento, atendimentos sob sedação consciente e anestesia geral. Assim, a finalidade deste trabalho é orientar ao cirurgião dentista sobre o atendimento ao paciente com necessidades especiais, propiciando melhores condições de saúde bucal a esses indivíduos.

PROTOCOLO

Um protocolo se caracteriza por ser uma ferramenta de trabalho que contempla um conjunto de parâmetros com o objetivo de padronizar, construir, adequar e aprimorar os instrumentos necessários à atuação.

Apresenta ainda um conjunto de princípios e recomendações elaborados para facilitar a tomada de decisão apropriada na atenção aos pacientes, em situações específicas, dotando cada serviço de um método ordenado nas diferentes especialidades, o que resguarda a prática profissional.

Ressalta-se que o protocolo não tem a pretensão de se constituir em receitas fechadas, únicas e absolutas, porque não são conceitos compatíveis com a prática clínica na área da saúde. Quando se refere aos pacientes com necessidades especiais, a decisão técnico-científica deve ser sempre aliada ao seu potencial de ser executado, pois a dificuldade de atendimento a esta clientela é acentuada na maioria das vezes pela presença de limitações comportamentais.

CONCEITO DE PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Para fins de assistência odontológica, entende-se, por paciente com necessidades especiais, todo aquele indivíduo que apresente desvios de normalidade – de ordem mental, física, sensorial, de comportamento e crescimento – tão acentuados a ponto de não se beneficiar de programas rotineiros de assistência. Para que goze de saúde bucal, exige setores, pessoal e serviços especializados, capazes de atender às suas necessidades específicas. (OMS)

É importante destacar que o conceito de paciente com necessidades especiais é amplo e muitos requerem atenção odontológica diferenciada. No entanto, um grande número desses pacientes pode ser atendido em consultórios particulares ou UBS (unidades básicas de saúde).

No serviço público, quando necessário, deverão ser encaminhados aos CEO (Centros Especializados Odontológicos), acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional responsável.

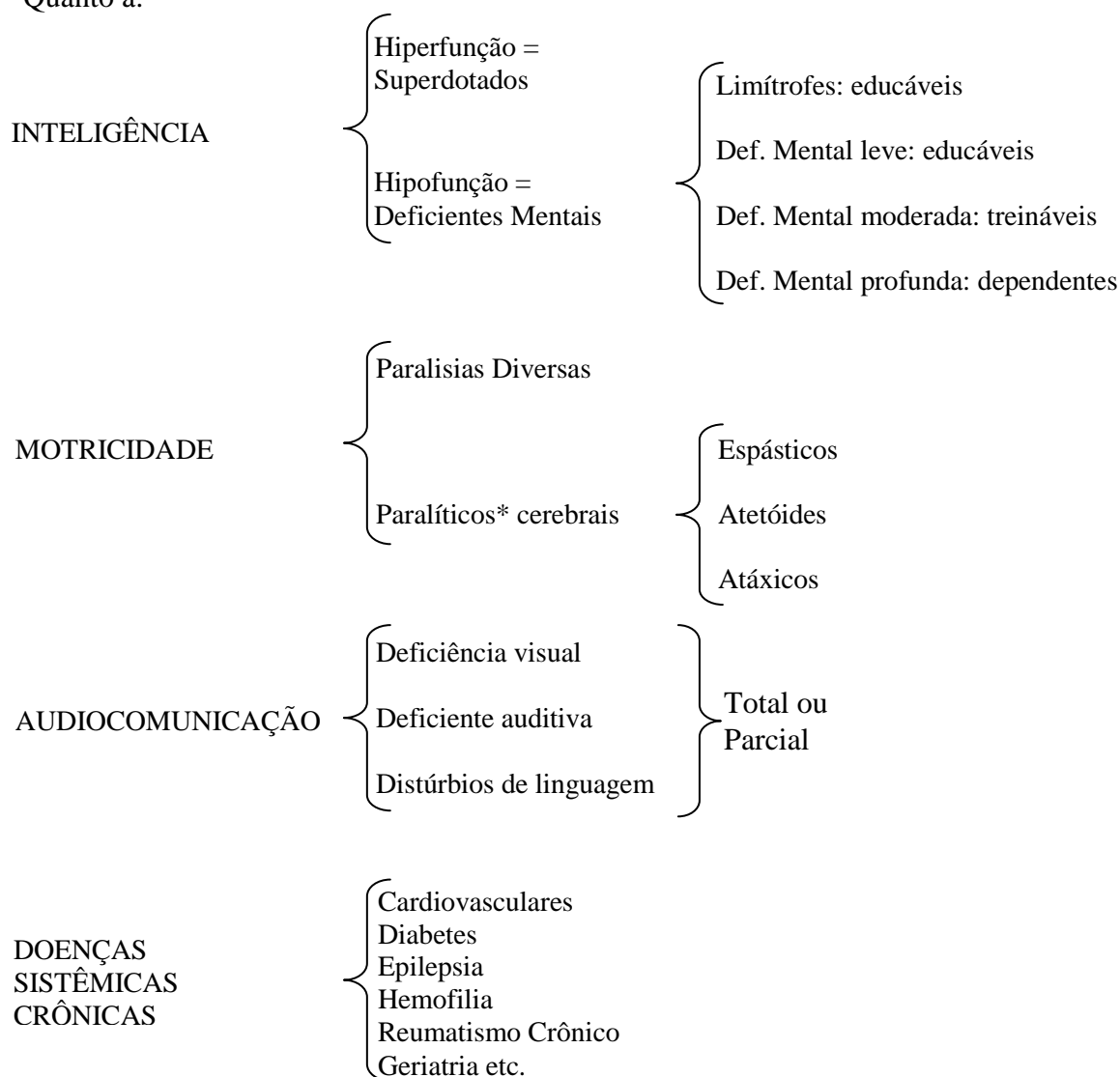
Pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, que não apresentem distúrbios de comportamento, deverão ser atendidos nas UBS ou em clínicas privadas, sempre observando as limitações e/ou alterações sistêmicas de cada paciente.

CLASSIFICAÇÃO

Pacientes com necessidades especiais é uma expressão abrangente para definir diversas deficiências que podem acometer as pessoas em qualquer momento de suas vidas, por tempo indeterminado ou não. Didaticamente são classificados de acordo com suas limitações e agrupados conforme a origem da limitação, suas características e necessidades, com a finalidade de facilitar o estudo e a abordagem clínica.

Classificação proposta por GRUNSPUN:

Quanto à:



PROBLEMAS DE CONDUTA E DESVIOS SOCIAIS

*Termo utilizado por Grunspun na redação dessa classificação.

Outro exemplo de classificação é a proposta por João Batista Weber e colaboradores.

CLASSIFICAÇÃO		EXEMPLOS
COMPORTAMENTAIS	Distúrbios de conduta	Birra, manha, agressividade.
	Distúrbios psiquiátricos	Neurose: Ansiedade, depressão, fobia, obsessões, compulsões, hipocondria, Síndrome do pânico.
		Psicoses: Esquizofrenia, distúrbios paranóides.
FÍSICAS	Deficientes sensoriais	Visuais: cegueira.
		Auditivos: surdez.
		Fonéticos: dislalias.
	Traumáticas	Paraplégicos, tetraplégicos, amputados, queimados, politraumatizados, maus tratos.
Congênitas	Uso materno da Talidomida, rubéola.	
SINDRÔMICAS OU GENÉTICAS		Síndrome de Down, síndrome de Turner, disostose cleidocraniana, displasia ectodérmica, fibrose cística, hemofilia, osteogênese imperfeita.
SISTÊMICAS	Endócrinas e metabólicas	Hipo / hipertiroidismo, hipo / hiperparatireoidismo, diabete, bócio, fenilcetonúria, lactose, glúten.
	Respiratórias	Doença broncopulmonar obstrutiva (asma brônquica, enfizema pulmonar).
	Cardiocirculatórios	Arritmias, endocardite, hiper / hipotensão, angina, infarto, distúrbios de condução, insuficiência cardíaca, C.I.V., C.I.A., T.F., P.A., próteses, marcapassos.
	Hematológicas	Púrpura trombocitopênica, hemofilia, Von Willenbrand, doenças discrásticas.
	Renais	Síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, glomerulonefrite.
	Musculoesqueléticas	Distrofia muscular, raquitismo.
	Neoplásicas	Linfomas, leucemia, carcinomas, sarcoma.
	Imunológicas	AIDS, deficiências imunológicas.
	Neurológicas	Epilepsia, esclerose múltipla, espasticidade, paralisia cerebral, micro / macrocefalia, hidrocefalia, miastenia gravis, parkinsonismo, AVC, atetose, dispástico.
	Reumatológicas	Artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica progressiva, Doença de Paget, osteoartrose
	Gastrointestinais	Esofagite de refluxo, gastrite, cólon irritável.
	Dermatológicas	Herpes, psoríase, desidrose, dermatites.
Infecocontagiosas	Caxumba, coqueluxe, difteria, tétano, gripe, varicela, rubéola, sífilis, sarampo, tuberculose.	
POLIGÊNICAS		Fenda labial e palatina. Defeitos do tubo neural.
OUTRAS		Senilidade, gravidez, rádio e quimioterapia.

CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

- Pacientes, que passaram pela unidade básica de saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico, e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional.
- 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 com deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica.
- Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica.
- Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento.
- Pacientes com distúrbio neurológico grave (ex. paralisia cerebral).
- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica.
- Pacientes autistas;
- Outros desvios comportamentais que tragam dificuldade de condicionamento.
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

No serviço público, quando o paciente se enquadra no conceito de PNE, o formulário de referência deve conter as seguintes informações: as datas de pelo menos duas tentativas de atendimento e a justificativa para o encaminhamento.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Reunião prévia com o responsável pelo paciente

O propósito dessa reunião é esclarecer como é feito o atendimento ao paciente especial na clínica privada ou no serviço público. É importante que sejam explicadas as condições para realização do tratamento e os cuidados preventivos em saúde bucal.

Consentimento esclarecido

Antes do atendimento ser iniciado, o planejamento do tratamento deve ser apresentado ao responsável pelo paciente com a estratégia para a sua execução, bem como a necessidade ou não de contenção, seja ela física ou química. É importante, nesta etapa, que o consentimento esclarecido seja apresentado aos responsáveis para que este documento possa ser assinado. Esse termo será de fácil compreensão e apresentará o objetivo do tratamento proposto.

Nome do Paciente _____ DN: ____/____/____

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, _____
RG: _____ na qualidade de responsável pelo paciente

portador de _____,
autorizo exame clínico e tratamento odontológico pela equipe:

Tenho consciência de que:

1 - o tratamento odontológico será preferencialmente realizado em ambulatório;

2 - poderá ser necessária a utilização de contenção física com o uso de abridores de boca, podendo inclusive ser solicitado minha ajuda nestas manobras;

3 - caso haja indicação, o tratamento poderá ser realizado sob sedação ou em nível hospitalar em centro cirúrgico, sob anestesia geral.

Concordo com a utilização destas técnicas e encontro-me ciente de que são importantes para a proteção do paciente e sucesso do tratamento. Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo a seguir as orientações sugeridas pela equipe, assim como retornar às consultas de manutenção programadas.

Estratégia para execução do tratamento:_____

Plano de tratamento proposto:_____

Objetivo (s) do tratamento proposto:_____

Confirmo a veracidade dessas informações e autorizo a realização do tratamento odontológico necessário.

Autorizo a utilização dessa documentação para possível divulgação científica

() sim () não

Brasília, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

A primeira consulta é de suma importância para o diagnóstico, planejamento do tratamento e tem a finalidade de conhecer o paciente, sua família, estabelecer um relacionamento positivo, dar as orientações iniciais e identificar o grau de cooperação do paciente.

Anamnese é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde junto aos responsáveis pelo PNE, devendo ser criteriosa com relação à história médica e odontológica. Em decorrência do tipo de patologia sistêmica, alteração salivar, dieta, higienização, alteração muscular e hábitos, as pessoas especiais constituem um grupo que pode ser considerado de alto risco para desenvolvimento de doenças bucais (doença cárie, periodontal) e maloclusões. Deve ser investigado se o paciente está tomando regularmente as medicações prescritas por seu médico como anticonvulsivantes, calmantes, anti-hipertensivos e outros.

O **exame físico** ou **clínico** é o conjunto de técnicas e manobras dos profissionais de saúde, com o intuito de diagnosticar doenças ou problemas de funcionalidade, visando a detecção de anormalidades, para possíveis intervenções e para prevenção do agravamento do estado de saúde bucal do paciente.

Exame clínico intra-bucal: preferencialmente, o responsável deverá estar presente e ciente do que se pretende realizar. São observados: condição bucal do paciente, higiene, dentes, lábios, mucosas, língua, tecidos gengivais e oclusão.

Profilaxia e detecção de lesões incipientes.

Exames complementares: radiografias ou fotografias, pedidos de relatórios, pedidos de exames laboratoriais e pareceres do médico assistente.

Planejamento do tratamento

Plano de tratamento: lista ordenada de procedimentos que visa atender as necessidades bucais do paciente. Está baseado no conhecimento do PNE como um todo, sua patologia de base, medicações que utiliza, perfil alimentar, comportamento, condição de saúde bucal e geral, aspectos familiares e condição sócio-econômica cultural. Os pais poderão ser alertados sobre a possibilidade de mudanças no plano de tratamento inicial, conforme sua evolução.

FICHA CLÍNICA

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____
Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos _____ meses
Naturalidade: _____ Cor: _____ Sexo: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones: () _____ Recado: _____ Celular: _____
Filiação:
Pai: _____ RG: _____
Mãe: _____ RG: _____
Responsável pelo paciente: _____ Tel: _____
Cuidador: _____ Tel: _____
Escolaridade do cuidador: analfabeto / fundamental / médio / superior
Transporte: ônibus / ambulância / carro próprio / metrô / carona (nome e tel.): _____ / outros _____
Cadeirante: sim / não Passe livre: sim / não Aposentado: () sim () não
Estuda? _____
Outras atividades? _____

ANAMNESE:

Queixa principal? _____

Diagnóstico clínico: _____
Médico responsável: _____ Tel: _____

HISTÓRIA MÉDICA:

Idade da mãe _____ anos e pai _____ anos, na época do nascimento.
Como foi a gestação? _____
Parto _____ Hospital _____
Nasceu: cianótico / Incubadora / Outros _____

Aleitamento materno: _____
Desenvolvimento da criança: _____
Problemas neurológicos: _____
Convulsões: _____

Alterações hematológicas:_____

Cardiopatias:_____

Distúrbio endócrino - metabólico:_____

Problemas respiratórios:_____

Problemas renais:_____

Alterações hepáticas:_____

Problemas gástricos:_____

Problemas otorrinolaringológicos:_____

Padrão respiratório: nasal / bucal / traqueostomia_____

Alergias:_____

Sofreu alguma cirurgia?_____

Teve hemorragia?_____Tipo de cicatrização:_____

Já recebeu transfusão de sangue?_____

Alterações sensoriais: visão / audição / fala_____

Medicações atuais:_____

Internações hospitalares:_____

HISTÓRIA FAMILIAR:

Anomalia na família:_____

Que tipo de deficiência:_____

Outras doenças familiares:_____

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Fez tratamento antes? não / sim_____

Aceitou bem os tratamentos anteriores?_____

Época de erupção dos dentes decíduos_____meses.

Época de erupção dos dentes permanentes_____anos.

Sofreu algum traumatismo dentário?_____idade_____anos

Lesão sofrida_____

Tratamento realizado_____

Apresentou problemas com anestesia local?_____

Já apresentou hemorragia após extração dentária?_____

Escovação: sozinho / cuidador / ambos_____

Qual a frequência da escovação?_____

Usa fio dental? não / sim Pasta dente: sem flúor / com flúor_____ppm
 Água que bebe: torneira / filtrada / garrafa / de poço_____
 Uso de fluoretos:_____
 Frequência de alimentação:_____
 Consistência dos alimentos: normal / amassado / batido no liquidificador /
 outros_____
 Mamadeira: quantas vezes_____conteúdo_____
 Alimentação rica em açúcar:_____

 Hábitos bucais:_____

EXAME FÍSICO E CLÍNICO:

Alterações físicas gerais:_____

Exame físico regional extrabucal	SIM	NÃO	TIPO DE ALTERAÇÃO
Palidez			
Tamanho crânio normal			
Simetria facial normal			
Distância entre olhos normal			
Fâneros normais			
Linfonodos normais / região			

EXAME INTRABUCAL:

Lábios: normal / hipotônicos / queilite / ressecados / cianóticos / lesão /
 outros_____
 Língua: normal / hipertônica / hipotônica / saburrosa /
 outros_____
 Mucosa bucal: normal / outros_____
 Tonsilas palatinas:_____
 Freios labiais:_____Freio lingual:_____
 Gengivas: normal / hiperplásica / inflamada / infeccionada /
 outros_____
 Palato: normal / ogival / fissurado outros_____

Oclusão: normal / mordida aberta / sobremordida / mordida cruzada
apinhamentos / atresias / outros_____

Higiene bucal: boa / regular / ruim_____

Dentes:

1 - manchas brancas_____

2 - manchas negras_____

3 - fluorose_____

4 - alteração de: número / forma / posição_____

5 - presença de cárie_____

6 - presença de tártaro_____

EXAMES COMPLEMENTARES:

DATA		TIPO	RESULTADO
	Exame radiográfico		
	Exame anatomopatológico		
	Exames laboratoriais		

ODONTOGRAMA

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para primeira reavaliação.

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

PLANO DE TRATAMENTO:

Tratamento emergencial: _____

Endodontia: _____

Exodontia: _____

Adequação do meio bucal: _____

Orientação de higiene bucal: ao paciente / ao cuidador / ambos

Orientação da dieta: _____

Profilaxia bucal: _____

Tratamento periodontal:

Raspagem supra e subgengival: _____

Outros: _____

Tratamento restaurador atraumático: _____

Aplicação de selantes: _____

Aplicações tópicas de flúor: _____

Tratamento cirúrgico:

Exodontias: _____

Outros: _____

Tratamento endodôntico:

Capeamento pulpar: _____

Pulpotomia: _____

Endodontia: _____

Tratamento restaurador: _____

ABORDAGEM INICIAL

Procedimento necessário para aqueles pacientes com algum dado significativo na anamnese, como por exemplo, profilaxia antibiótica para pacientes cardíacos, com febre reumática; ou para aqueles que venham com alguma infecção importante antes da intervenção (urgência). Outro exemplo são as medicações sedativas prévias para procedimento ambulatorial.

Controle da dor: anestesia local, realizada de forma indolor, devendo o profissional apresentar o domínio da técnica, tendo o controle dos movimentos abruptos ou involuntários do paciente.

O ato anestésico: antes de iniciarmos o ato da anestesia é importante a explicação sobre o que se pretende realizar e como será a sensação durante o procedimento, falando calmamente, provocando distração e relaxamento. O paciente deverá estar centralizado na cadeira odontológica, com o auxiliar ou o responsável ajudando no controle do movimento de cabeça ou de qualquer movimento abrupto. Nos pacientes com movimentos involuntários, a contenção física pode ser utilizada de acordo com o perfil de cada paciente. A utilização de abridores de boca ajudará no direcionamento correto da agulha. A administração do anestésico local deve ser feita lentamente para evitar desconforto. Quando o paciente se submeter ao atendimento odontológico, com uso de anestésico local, os pais serão orientados a ter uma atenção redobrada nas horas que se seguem ao procedimento com a finalidade de evitar injúrias aos tecidos moles, como mordeduras e lesões provocadas com as unhas do próprio paciente. Esta advertência deve ser dada antes e após a consulta.

Cuidados a serem observados com relação ao uso de anestésicos locais durante o tratamento odontológico, frente a algumas doenças sistêmicas comuns ao atendimento do PNE:

Doenças cardíacas:

- Doença cardíaca congênita: anestésico com vasoconstritor em quantidade mínima, consultas rápidas e contato com o médico.
- Doença cardíaca reumática: mais freqüente em adultos e jovens. Vasoconstritor em pequena quantidade, pré-medicação antibiótica antes de procedimentos invasivos (endocardite bacteriana). Profilaxia antibiótica – Penicilina – Amoxicilina: 2g – 50mg/kg 1 hora antes da intervenção. Clindamicina – 600mg – 20mg/kg 1 hora antes da intervenção
- Angina do peito: medicação para reduzir o stress, sessões curtas, vasoconstritor de uso moderado.
- Hipertensão: adrenalina é vasoconstritor que aumenta a pressão sanguínea. Usar anestésicos com vasoconstritor hormonal (prilocaína com felipressina, etc.). Aferir a pressão arterial antes da anestesia, avaliar se o paciente faz uso regular de medicamentos.
- Hipotensão: não causa preocupação ao dentista nem afeta a escolha de anestésicos.
- Doença valvular mitral: a mais comum das doenças valvulares. É causada geralmente por doença cardíaca reumática. Vasoconstritor não é contra-indicado, deve ser de uso moderado. Quando em cirurgias e procedimentos invasivos, utilizar pré-medicação antibiótica.
- Arritmias cardíacas: contato com o médico, sessões curtas, anestésico sem vasoconstritor ou uso mínimo de anestésico com vasoconstritor. Avaliar a possibilidade de pré-medicação sedativa moderada.

Doenças respiratórias:

Bronquite e enfisema pulmonar: atendimento à tarde, qualquer tipo de anestésico.

- Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva: evitar stress ou dor inesperada. As sessões devem ser curtas e não há contra-indicação para anestésicos.

Doenças endócrinas:

- Diabetes: prevenir infecções, evitar stress, uso de vasoconstritor moderado.
- Hipotireoidismo: o uso do anestésico local não é preocupante.
- Hipertireoidismo: contato com o médico, uso limitado do vasoconstritor.
- Insuficiência adrenal: evitar stress, anestésico de qualquer tipo.

Sistema nervoso:

- Convulsão: marcar o paciente no período de eficácia máxima da medicação anti-convulsiva. Anestésico de qualquer tipo.

Hematopatologias:

- Hemofilia: evitar anestesia profunda (bloqueio), não há contra-indicação para anestésicos. Entrar em contato com o médico e avaliar o estado de saúde e tratamento do paciente.

Instabilidade emocional:

- Transmitir segurança ao paciente, evitando dor inesperada.

Tamanho e idade:

- Reduzir a quantidade de anestésico em crianças.

URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

As urgências odontológicas estão geralmente associadas à dor, causando medo e ansiedade ao paciente e a seus familiares. Os procedimentos de urgência ajudam na adequação do meio bucal, e por ser uma medida imediata, precedem etapas como a do plano de tratamento.

Urgências odontológicas dolorosas podem ocorrer por problemas endodônticos, periodontais, traumatismos dentais, úlceras traumáticas, gengivoestomatite herpética, candidíase. Em muitas destas situações, o paciente com necessidades especiais poderá apresentar um quadro mais exacerbado do problema, devido à sua dificuldade de comunicação, de encontrar locais e profissionais que prestem o atendimento adequado em virtude da sua problemática de saúde e debilidade física.

Urgências Endodônticas

As alterações pulpares são responsáveis por um grande número de atendimentos de urgência causadores de dor oro-facial. Nos pacientes cooperadores, o tratamento é semelhante ao dos demais pacientes com relação à terapia endodôntica e medicamentosa. Mas, quando apresenta deficiência mental severa, dificuldade de manejo, agressividade, movimentos involuntários intensos, ou nos casos de grande destruição da estrutura dental, passa-se a considerar o tratamento com o uso de contenção física ou química com a finalidade de tentar preservar o órgão dental. Nos casos em que não há possibilidade destes métodos, deve-se considerar como opção a exodontia.

É de grande importância a avaliação da saúde sistêmica do paciente, no que tange a necessidade de pré-medicação (profilaxia antibiótica). Nos casos de alterações sistêmicas como: cardiopatias, doenças reumáticas, doenças renais crônicas, leucemia, diminuição da função imunológica, ou outras enfermidades, a bacteremia transitória, que ocorre após a realização de atos operatórios mais invasivos, poderá levar o paciente a uma endocardite bacteriana.

Urgências Periodontais

As urgências de origem periodontal tais como: gengivites, pericoronarites, abscessos periodontais são freqüentemente encontradas nos pacientes especiais. Eles apresentam índices elevados de problemas periodontais, em decorrência da dificuldade de higienização bucal e ao uso constante de medicações anticonvulsivantes.

O paciente com Síndrome de Down, por apresentar comprometimento do seu sistema imunológico, possui maior susceptibilidade a doença periodontal agressiva com formação de bolsas profundas, o que facilita o acúmulo de biofilme dentário, inflamação gengival com possibilidade da formação de abscesso. O tratamento é similar ao que se preconiza aos outros pacientes, lembrando sempre de averiguar a presença de cardiopatias, alteração mais comumente observada nesta clientela.

Urgências por Traumas

As injúrias dentais em pacientes portadores de necessidades especiais podem acontecer em decorrência das suas condições físicas e mentais que promovem uma diminuição nos reflexos de defesa. Problemas de comportamento, desordens de conduta, hiperatividade, convulsões, deficiências sensoriais (visuais ou auditivas), favorecem a ocorrência de traumas dentais. Em pacientes com paralisia cerebral os traumatismos dentais ocorrem com maior freqüência em decorrência das maloclusões associadas à falta do vedamento labial.

Os traumatismos são situações de urgência odontológica que impõem ao profissional um atendimento rápido, porém minucioso, necessitando de acompanhamento por longo período. Para prestar um serviço adequado, faz-se necessária a presença de radiografias e uma integração com diversas áreas da odontologia como: endodontia, dentística restauradora, cirurgia, e algumas vezes, a assistência de áreas da medicina.

O atendimento de urgências relacionadas aos traumatismos segue a mesma linha utilizada para os demais pacientes; é importante, porém, levar em conta a condição sistêmica, a existência de déficit imunológico e sua capacidade de cooperação no trans e pós operatório.

Traumas ulcerativos

Lesões de aspecto ulcerado na mucosa bucal são um achado comum na clínica de atendimento odontológico a pacientes especiais. Indivíduos com diferentes condições psiquiátricas apresentam comportamento auto-mutilante, em decorrência de desordem severa no aparato sensorial, com alta incidência entre os autistas.

O comportamento auto-mutilante pode se apresentar como injúrias na gengiva, úlceras na língua e nos lábios e luxação de dentes. As mordeduras de língua e lábios podem ser tratadas com protetores bucais, combinados com terapia para modificação do comportamento; mas, em alguns casos mais agressivos, as exodontias tornam-se uma opção de tratamento. Quando o paciente se submete ao atendimento odontológico, com o uso de anestésicos locais, é importante que os pais sejam orientados a uma atenção redobrada, nas horas que se seguem ao procedimento, com a finalidade de evitar injúrias aos tecidos moles. O tratamento de ferimentos bucais graves deverá ser interdisciplinar, uma vez que requer a cooperação do paciente, dos pais, dos profissionais de saúde, e de uma equipe médica. É importante lembrar que abordagens terapêuticas, que produzam resultados satisfatórios para um paciente, poderão se mostrar ineficazes para outros. Deve-se colher o máximo de informações durante a anamnese, com o objetivo de orientar sobre as melhores estratégias de manejo comunicativo, farmacológico, ou procedimentos odontológicos protetores.

ADEQUAÇÃO DO MEIO

O objetivo principal é controlar a atividade de cárie e doença periodontal. É fundamental que se estabeleça um programa preventivo, envolvendo todo o núcleo familiar. Nesses pacientes o risco de cárie pode ser maior pela dificuldade de mastigação, maior ingestão de doces e lanches, pouca capacidade de autolimpeza oral, xerostomia ou uso freqüente de medicamentos contendo açúcar. As medidas preventivas precisam ser cuidadosamente explicadas aos responsáveis, bem como revisadas e reavaliadas. A adequação do meio bucal compreende:

Aconselhamento dietético

As orientações da dieta para o paciente especial não diferem muito das recomendadas para os outros pacientes, porque as suas necessidades nutricionais são as mesmas. É importante que o profissional faça uma avaliação individualizada da dieta para uma mudança de hábitos, visando reduzir o seu potencial cariogênico. As refeições devem ter horários determinados, para evitar a ingestão de alimentos nos intervalos. A freqüência e a quantidade da ingestão de açúcares devem ser a principal preocupação do dentista. Os responsáveis pelo paciente precisam estar atentos aos altos índices de sacarose presentes nas medicações diárias.

Controle da Placa

O controle da placa é de fundamental importância nos PNE, por ser fator determinante da incidência de cárie e doença periodontal. O controle caseiro pode ser feito através da escovação associada ao uso do fio dental. No consultório, pode-se avaliar a presença de placa bacteriana e sangramento gengival, para controle da saúde bucal. A placa pode ser detectada com o uso de uma solução evidenciadora e sempre com o auxílio de um sugador. O controle químico da placa pode ser feito também com o pincelamento de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia. O seu uso rotineiro é desaconselhável pela possibilidade de manchar os dentes.

Orientação de higiene oral

Por ser um meio eficaz do controle de cárie e doenças periodontais, a escovação deve receber atenção especial por parte do cirurgião-dentista e responsáveis pelo PNE. Sempre que possível o paciente deve ser treinado para escovar os próprios dentes. Devido às suas limitações, como por exemplo, a coordenação motora deficiente, eles precisarão da ajuda dos responsáveis, ou até mesmo de uma fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional para um treinamento progressivo. Quando for necessário realizar a escovação, a posição do paciente deve respeitar as suas limitações físicas.

A escova elétrica ou uma escova com o cabo modificado pode ser usada para facilitar o manuseio. Se o paciente fizer uso de medicações que diminuam o fluxo salivar, pode ser necessário o umedecimento da cavidade bucal com um mucolítico. **Nos bebês** deve-se orientar a higienização da boca antes da erupção dos dentes, limpando os rebordos gengivais com uma fralda ou uma gaze enrolada no dedo, umedecida em água filtrada ou fervida. Essa conduta é muito importante nos casos de hipersensibilidade bucal, comum nos pacientes especiais, porque, quando trabalhada precocemente, facilita as manobras posteriores de higiene bucal. Assim que os dentes decíduos irrompem, deve ser introduzida a dedeira de látex ou escova apropriada para bebês, e a higienização deve ser feita após cada mamada. **Na dentadura mista**, devemos alertar sobre a irrupção dos primeiros molares permanentes, o alto risco de cárie na face oclusal desses dentes, orientando sua higienização de uma forma individualizada. **Nos adolescentes** com necessidades especiais, é necessária uma maior supervisão na higienização e no uso do fio dental por parte dos cuidadores, porque é uma fase em que eles são mais negligentes com a saúde bucal. No paciente especial **adulto**, também deve ser feita uma supervisão ou até mesmo uma complementação da higiene por um responsável. O uso do fio dental deve ser incentivado desde a dentadura decídua. Para facilitar o seu uso podem ser indicados os suportes de fio dental.

Uso de fluoretos ou selantes

O uso de vernizes com flúor é mais bem indicado para pacientes especiais, por permanecerem aderidos ao esmalte por várias horas, aumentando a atuação do flúor. A aplicação tópica com gel fluoretado também pode ser utilizada, mas é necessário que se controle a sua ingestão. Os bochechos devem ser indicados com muito critério, considerando

o grau de colaboração do paciente e suas condições neuropsicomotoras. Os dentifrícios com flúor devem ser evitados até que a criança desenvolva o processo de deglutição e tenha o controle de sua ingestão. O excesso de flúor poderá causar fluorose, principalmente quando a água de consumo já é fluoretada.

O uso de selante é recomendado para o paciente especial, porque na maioria das vezes os fatores etiológicos da cárie não são passíveis de controle. O selante com ionômero de vidro está mais indicado devido à maior liberação de flúor, principalmente quando os molares estão em erupção. Nesses casos o selamento provisório com cimento de ionômero de vidro, além de ajudar na prevenção de cárie, atua na remineralização das manchas brancas nas superfícies oclusais desses dentes.

Profilaxia profissional

A limpeza profissional dos dentes tem por objetivo eliminar a placa de todas as superfícies dentais, devendo ser realizada com o uso de pedra-pomes misturada com água ou pastas profiláticas não oleosas. Nas superfícies lisas deverá ser utilizada a taça de borracha. Nas superfícies de sulcos, fossas e fissuras, escova de Robbinson e nas proximais, fio dental. A profilaxia bucal também pode ser realizada com jato de bicarbonato. A frequência da limpeza profissional deverá ser realizada de acordo com o risco e/ou atividade de cárie.

Escavação – ART

O tratamento restaurador atraumático é indicado como complemento das medidas preventivas e educativas para o paciente especial. Consiste na remoção parcial do tecido cariado (dentina infectada), com o uso de curetas e posterior restauração com ionômero de vidro quimicamente ativado. Além de melhorar consideravelmente as condições bucais do paciente, é um procedimento indolor. O ART tem como principal objetivo manter os dentes na cavidade bucal, melhorando as condições de saúde, favorecendo o gerenciamento do comportamento (condicionamento) do paciente ao tratamento odontológico.

ADEQUAÇÃO COMPORTAMENTAL **(Gerenciamento de comportamento)**

É importante o condicionamento psicológico do paciente, para que se possa obter a sua cooperação, não somente para o tratamento atual, mas para situações posteriores de manutenção, podendo torná-lo um paciente colaborador para outros tratamentos. Somente os casos de deficiência mental profunda, devido ao seu baixo nível intelectual não se beneficiam dessa abordagem.

Durante o tratamento odontológico, é fundamental a comunicação entre o paciente e o profissional, com a finalidade de estabelecer uma relação de confiança entre ambos, a qual é construída por um processo dinâmico de diálogo e expressão facial.

As técnicas de abordagem beneficiam muito o tratamento odontológico dos pacientes com necessidades especiais, favorecendo a comunicação, o controle da ansiedade, o medo e a dor.

Entre as abordagens de condicionamento para o PNE temos:

DISTRAÇÃO: Segundo POSSOBOM, “estímulos distraidores” são estímulos que podem distrair a atenção do paciente, em direção a situações imaginárias, incompatíveis com dor e tensão. Por exemplo, televisão, CD, fones de ouvido. A distração também pode ser feita por meio de conversa sobre um assunto ou tema que interesse ao paciente, ou por uma música cantada pelo profissional, histórias interessantes ou até mesmo um pequeno descanso (o procedimento é interrompido por alguns segundos).

DEMONSTRAÇÃO: LOWE & LINDEMANN (1985) utilizaram o método “falar-mostrar-fazer”. Esse método de abordagem consiste em explicar e mostrar os instrumentos odontológicos e o procedimento que será realizado e em seguida executá-lo, de forma que os PNE se familiarizem com a situação. Esta técnica é mais utilizada em pacientes com um melhor nível de compreensão, capazes de absorver as informações.

Aos pacientes tratados no centro cirúrgico, nos seus retornos ambulatoriais, para tratamentos preventivos ou até mesmo curativos, deve ser tentado novamente um condicionamento psicológico, porque as condições atuais de mais conforto, sem sintomatologia dolorosa, favorecem muito o seu êxito.

A CONTENÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Para o atendimento odontológico aos pacientes especiais que apresentam déficit mental severo ou movimentos involuntários, algumas vezes necessita-se utilizar diferentes técnicas de contenção. O objetivo é manter o paciente na cadeira odontológica em condições favoráveis para a execução adequada do tratamento. A finalidade é restringir o movimento sem causar dor ou lesão. A contenção, seja qual for o método, tem também como objetivo a proteção do paciente, pois movimentos involuntários ou agressivos durante o tratamento odontológico são fatores de risco para iatrogenias, e dificultam sobremaneira a realização dos procedimentos. Caberá ao profissional analisar e julgar qual o melhor método para conduzir cada paciente. Naturalmente, os pais devem estar cientes, esclarecidos e de acordo com o método a ser empregado. Os métodos de contenção dividem-se em contenção física e contenção química.

Contenção física

Para sua realização o dentista lança mão de diferentes métodos, desde o segurar o paciente pelos pais ou profissionais, o uso de faixas, lençóis, coletes, ataduras e outros artifícios. A equipe deve ser treinada para a realização da contenção, de modo a agir coordenadamente e de maneira calma e segura. O paciente contido deve ser observado continuamente pela equipe durante todo o atendimento. É importante salientar que a contenção física não deve ser encarada como castigo, mas sim como uma forma de proteção, sendo que, por si só, promove alívio na agitação, provocando um relaxamento do paciente especial.

Indicação da contenção física:

Pacientes cujos movimentos involuntários constantes e desordens que impeçam seu posicionamento na cadeira odontológica. Por exemplo: portadores de paralisia cerebral.

Deficientes mentais profundos que não colaboram.

Pacientes agitados, agressivos, extremamente resistentes nos casos onde não há indicação de anestesia geral.

Para os bebês, que por serem muito pequenos, não conseguem colaborar.

Formas de contenção física:

- Para o corpo:

embrulho pediátrico com lençol;

lençol e faixas em napa e velcron;

lençol e ataduras em crepe;

Kit estabilizador - contêm o movimento do paciente de modo mais seguro rápido;

holding therapy - terapia do abraço;

pais e /ou auxiliar.

- Para as extremidades:

Lençol e ataduras.

Ataduras.

Braceletes rígidos envolvidos com espuma e velcron nos cotovelos e joelhos.

Pais e / ou auxiliar

- Para a cabeça:

Apoios de cabeça.

Travesseiro centralizador.

Pais e/ou auxiliar.

Recursos utilizados para manter a abertura bucal:

Os abridores de boca são utilizados em PNE que não conseguem manter a abertura da boca. Podem ser de madeira, metal ou borracha. Exemplo de abridores:

- espátulas abaixadoras de língua sobrepostas, e presas com fita crepe, podendo ser enroladas com gaze na extremidade. É de fácil confecção, de baixo custo, e descartáveis;

- abridor de boca metálico Molt;
- abridor de boca metálico Whitehead;
- blocos de mordida em borracha colocados entre as arcadas. Estes devem ser amarrados com fio de nylon e usados em pacientes mais colaboradores;
- dedal em PVC.

Para o controle de movimentos involuntários da mandíbula, escolha um abridor de boca dentre os tipos existentes. Tais dispositivos podem estimular o reflexo de regurgitação nos pacientes com paralisia cerebral. O uso de abridores deve ser cauteloso, pois podem causar laceração dos lábios e palato. A luxação de dentes e até extração ou fratura podem acontecer, no uso com pacientes agitados e com movimentos involuntários. Devem ser preferencialmente posicionados nas regiões das faces oclusais dos dentes posteriores, promovendo assim melhor condição de visualização do campo operatório.

Sugestões práticas quando do atendimento aos pacientes especiais com barreiras de cooperação:

- Podemos considerar a possibilidade de realizar o tratamento na cadeira de rodas, do paciente cadeirante, e que expressa esta preferência.
- Quando um paciente necessitar ser colocado na cadeira odontológica é conveniente perguntar-lhe como prefere que o segurem. Se não puder responder, em geral recomenda-se que duas pessoas o façam.
- É importante mantermos a cabeça do paciente o mais estável possível, durante todo o procedimento.
- O paciente deve ser colocado e mantido na cadeira odontológica, centralizado, com os braços e as pernas mais próximos do corpo, de forma confortável.
- As costas do pacientes devem estar ligeiramente elevadas, de modo a minimizar o acúmulo de líquido na área posterior da cavidade bucal, evitando assim o engasgue ou vômito. É aconselhável não deixá-lo completamente deitado.
- Evite estímulos como movimentos rápidos, barulho e iluminação, sem antes avisar o paciente de modo a minimizar suas reações e reflexos.

- Os estímulos intra orais devem ser introduzidos lentamente, avisando ao paciente o que se pretende realizar. Deste modo, evita-se ou diminui-se os reflexos de ansiedade e vômito.
- Considere o emprego do dique de borracha, técnica amplamente recomendada.
- Quando da utilização de espelho clínico ou sugador, é importante atenção para que se evite a fratura do espelho na cavidade bucal ou a remoção da ponta do sugador em decorrência do reflexo de mordida.
- É importante que durante as exodontias o dente removido não seja deglutido ou aspirado, o que pode ocorrer devido aos movimentos involuntários presentes em alguns pacientes.
- Trabalhe com eficiência e no menor tempo possível, a fim de evitar fadiga dos músculos envolvidos.

Contenção química

Esgotadas as possibilidades não farmacológicas, resta ao cirurgião dentista a possibilidade do uso de drogas, através da sedação consciente.

Sedação Consciente:

Estado de depressão da consciência no qual existe a capacidade de manter em funcionamento as vias aéreas e de responder apropriadamente a estímulos físicos e comando verbal.

A sedação consciente mantém o paciente num estado mínimo de depressão, o que melhora sua cooperação. Além disso, aumenta o limiar da dor, melhorando a tolerância do paciente ao tratamento odontológico.

Dos métodos farmacológicos de sedação consciente em odontologia, os mais comuns são os que utilizam os benzodiazepínicos por via oral, endovenosa e, mais recentemente, o uso da técnica de sedação consciente inalatória, pela mistura do óxido nitroso e oxigênio.

Drogas utilizadas:

Os benzodiazepínicos apresentam baixa incidência de efeitos adversos e toxicidade, particularmente em tratamentos de curta duração, como é o caso do uso em odontologia. Uma pequena porcentagem dos pacientes, porém, (principalmente crianças e idosos) pode apresentar o chamado “efeito paradoxal”, caracterizado por excitação, agressividade e irritabilidade, mesmo em baixas doses.

Os benzodiazepínicos mais comumente empregados na clínica odontológica por via oral são: diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam e triazolam.

A tabela abaixo traz alguns dos parâmetros farmacocinéticos dos benzodiazepínicos mais utilizados em odontologia, que são determinantes para a escolha da droga.

Nome genérico	Início de ação (min.)	Meia-vida plasmática (h)
- Diazepam	45 – 60	20 - 50
-Lorazepam	60 – 120	12 - 20
-Alprazolam	60 – 90	12 - 15
-Midazolam	30 – 60	1 - 3
-Triazolam	30 – 60	1,7 – 5

Embora não existam protocolos definitivos para a escolha de um benzodiazepínico para sedação oral em odontologia, especialmente pela diversidade de metodologias empregadas nos estudos, alguns critérios devem ser considerados, como idade do paciente, tipo de benzodiazepínico utilizado e possibilidade de interações com outros medicamentos.

A tabela abaixo traz as dosagens usuais, empregadas para a sedação consciente em odontologia, por via oral.

Nome	Droga	Dosagem	Dosagem	Dosagem
Genérico	original	adultos	idosos	crianças
Diazepam	valium	5 a 10mg	5mg	0,2 a 0,5mg/kg
Lorazepam	Lorax	1 a 2mg	1mg	Não recomend.
Alprazolam	Frontal	0,25 a 075mg	0,25mg	Não recomend.
Midazolam	Dormonid	7,5 a 15mg	7,5mg	0,3 a 05mg/kg
Triazolam	Halcion	0,125 a 0,25mg	0,06 a 0,125mg	Não recomend.

Com base nestes dados podemos afirmar que:

- O diazepam é indicado quando se deseja uma sedação pós-operatória mais prolongada.
- O midazolam é a droga de escolha para a sedação de pacientes adultos e pediátricos, na maioria dos procedimentos odontológicos, principalmente em casos de urgência, por possuir rápido início de ação e induzir amnésia anterógrada.
- O lorazepam deve ser usado preferencialmente na sedação de pacientes idosos, apesar do maior tempo de latência (início de ação), por proporcionar uma menor incidência de efeitos paradoxais.

Drogas usadas na sedação endovenosa

As drogas endovenosas usadas para sedação em consultório são: midazolam e o fentanil, em doses tituladas de acordo com a resposta de cada paciente:

- Midazolam: O uso desse benzodiazepínico é indicado pela sua propriedade ansiolítica, efeito sedativo e efeito amnésico. Soma-se a isso o fácil manuseio em doses fracionadas, o rápido efeito e o curto tempo de duração.
- Fentanil: Morfinomimético, potente analgésico venoso que quando associado ao midazolam, propicia menor dose deste, sem prejuízo da amnésia. A menor

quantidade de midazolam traz a vantagem de termos um paciente consciente e cooperativo mais rapidamente.

Drogas inalatórias

O óxido nitroso (N₂O) é o mais antigo agente inalatório utilizado no mundo, conferindo características farmacocinéticas específicas e desejáveis a um agente analgésico e sedativo para procedimentos médicos e odontológicos. É um gás inodoro que apresenta baixa potência, devendo ser combinado com outros agentes para reduzir a dor, sendo de rápida indução e recuperação, apresentando boa ação analgésica.

Avaliação do paciente

Os pacientes indicados para o tratamento odontológico, com sedação, são aqueles que apresentam: medo e ansiedade, imaturidade e hiperatividade, com distúrbios físicos e mentais, pacientes com reflexo de ânsia pronunciado e todos aqueles aos quais, por algum motivo, não foi possível realizar o tratamento, utilizando condicionamento e/ou contenção física. É importante avaliar as necessidades acumuladas do paciente, pois dependendo da quantidade existente, a melhor conduta seria a anestesia geral, e não a sedação, já que essa não permite tratamentos longos.

Parecer do médico assistente

Existe a necessidade do contato com o médico assistente, pois dependendo da patologia do paciente e dos procedimentos a serem realizados haverá a necessidade de interromper ou administrar alguma nova droga.

Pedidos de exames pré operatórios:

- Exames laboratoriais: Os exames laboratoriais são necessários para garantir que a condição pré operatória seja satisfatória.

- Risco cirúrgico: O propósito da avaliação pré-operatória é verificar o estado clínico do paciente, gerando recomendações sobre a avaliação, manuseio e intercorrências no período operatório, e definir o risco cirúrgico.

Avaliação do paciente pelo médico anestesista (visita pré anestésica)

Na visita pré-anestésica, os responsáveis pelo PNE serão informados dos procedimentos a serem realizados, sendo orientados de que a anestesia será feita com anestésico local, a sedação terá função analgésica e ansiolítica, e que, durante o procedimento odontológico, o paciente permanece consciente.

Necessidade de utilizar contenção física associada à contenção química

É comum a utilização dos dois tipos de contenção, pois o paciente, apesar de sedado, pode apresentar alguns movimentos involuntários, prevenindo, assim, acidentes ou interrupção dos procedimentos.

Preparo pré-operatório do paciente

Dieta zero de 08 horas antes do procedimento: A importância do jejum pré-operatório está em diminuir os riscos de aspiração do conteúdo gástrico

◇ Material ingerido	◇ Jejum mínimo (h)
• líquidos claros (água, sucos sem polpa, café preto)	• 2 horas
• leite materno	• 4 horas
• fórmulas infantis	• 6 horas
• leite de vaca, cabra, soja	• 6 horas
• refeições leves	• 6 horas
• frituras, carne	• 8 horas

Existem diversos estudos e foram publicados vários trabalhos a respeito do jejum pré-operatório. O ideal é respeitar o tempo de esvaziamento gástrico, que é variável: depende da faixa etária do paciente, tipo de alimento ingerido, etc.

Observar o uso das medicações prescritas e suas restrições:

- Perguntar aos responsáveis sobre qualquer doença, resfriado, infecções de pele, dor de garganta, ou outras, que por ventura apareçam nos dias prévios à cirurgia.
- Uso de pré anestésico, caso o médico anestesista ache necessário.

Preparo do consultório:

- check list de todo o material e equipamentos necessários;
- plano de tratamentos e radiografias posicionados estrategicamente;
- equipe toda paramentada.

Técnica de sedação com óxido nitroso:

- Estabelecer fluxo de 6 l/min de 100% de O₂ e colocar a máscara no paciente.
- Adaptar o fluxo de gás, enquanto o paciente respira O₂ puro.
- Após 3 a 5 minutos, iniciar administração de óxido nitroso de 20%.
- Aumentar gradualmente a concentração de N₂O de 10% em 10% a cada 60 segundos até atingir nível de sedação adequada.
- Realizar o procedimento odontológico (controlando a dosagem de N₂O).
- Retirar o N₂O da mistura mantendo O₂ a 100% durante 3 a 5 minutos.

Técnica de sedação endovenosa:

- Após a punção venosa, são utilizadas drogas hipnóticas para induzir e abolir os reflexos, gradativamente, conforme a necessidade.
- Se necessário realizar também a contenção física.
- Monitorização e suporte das funções vitais.

- Realização dos procedimentos odontológicos.
- Remoção da contenção física, caso realizada.
- Aguardar entre 30 a 60 minutos para a recuperação do paciente.
- Alta para o paciente, com o pós- operatório por escrito

Obs.: Esta técnica será sempre acompanhada de um médico anestesista.

Medicamentos, equipamentos e instrumentos necessários na sedação oral e endovenosa:

- Medicamentos antagonistas (tipo flumazenil e naloxone)
- Medicamentos de suporte: atropina, adrenalina, efedrina, captopril, betas bloqueadores, corticosteróides, etc.
- Materiais de reanimação cardiopulmonar: cilindro de oxigênio, bolsas e máscaras de ventilação, ambu, laringoscópio, cânulas de intubação oro e nasotraqueal, desfibrilador, seringas e agulhas.
- Oxímetro de pulso e tensiômetro.
- Materiais para venóclise (punção venosa): cateter, scalp, soro glicosado 5% ou fisiológico a 0,9%, seringas e agulhas descartáveis, suporte para soro.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL

A anestesia geral é um recurso adicional e, em algumas situações, pode ou deve ser instituída para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. A realização do tratamento odontológico, quando possível, deve ser ambulatorial com a participação de equipe multiprofissional e interdisciplinar, diminuindo consideravelmente os riscos inerentes à própria hospitalização, administração dos agentes anestésicos gerais, como também dos custos totais desse procedimento (Sabbagh-Hadadd, A. 2007).

A indicação da anestesia geral para o tratamento odontológico deve seguir o planejamento. Isto não descarta a alteração da decisão, em outras sessões, quando se quer tentar outras formas de atendimento.

Anestesia geral é um termo utilizado para designar uma técnica que promove inconsciência (hipnose), total abolição da dor (analgesia/anestesia) e relaxamento do paciente, possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica conhecida. Pode ser obtida com agentes inalatórios e/ou endovenosos.

O Conselho Federal de Medicina determinou, por meio da portaria nº 852 de 04/10/1978, sobre pacientes a serem submetidos à anestesia geral para tratamento odontológico por cirurgiões-dentistas: a anestesia geral somente poderá ser realizada por médico anestesista, em ambiente hospitalar, sendo que o hospital deve dispor de condições indispensáveis de segurança, comuns a ambientes cirúrgicos. A portaria determina ainda ser atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório ou ambulatório, devendo, portanto, ser administrada por médico anestesista em ambiente hospitalar, por este possuir recursos no caso de ocorrer qualquer eventualidade.

De acordo com a resolução do CFO – 100//2010 Art. 1º - Nos procedimentos eletivos a serem realizados conjuntamente por médico e cirurgião dentista, visando à adequada segurança, a responsabilidade assistencial ao paciente é do profissional que indicou o procedimento. Art. 6º - O cirurgião – dentista é responsável direto pelo seu paciente quando de internação hospitalar.

O Conselho Federal de Odontologia, através da resolução 172/91 artigos 1º e 2º, afirma:

Artigo 1º: “O cirurgião-dentista pode operar pacientes submetidos a qualquer um dos meios de anestesia geral, desde que sejam atendidas as exigências cautelares recomendadas

para o seu emprego, ou seja, a anestesia geral é feita pelo médico anestesista em ambiente hospitalar”.

Artigo 2º: “O cirurgião-dentista poderá executar trabalhos profissionais em pacientes sob anestesia geral quando esta for executada por médico especialista em ambiente hospitalar, que disponha das indispensáveis condições comuns ao ambiente cirúrgico”.

Indicações da Anestesia Geral para Tratamento Odontológico

As indicações da anestesia geral em pacientes com necessidades especiais baseiam-se em três fatores fundamentais:

- **Condições Clínicas:** paciente com severo comprometimento físico, distúrbio neuromotor, neuropsicomotor ou deficiência mental do tipo severa ou profunda.
- **Condições Bucais:** tratamento odontológico muito extenso, extração de dente não irrompido, extrações múltiplas, hiperplasias, cistos, tumores e cirurgias de porte maior.
- **Condições comportamentais:** pacientes extremamente ansiosos, não cooperativos por problemas cognitivos, distúrbios comportamentais (autismo, Síndrome do X-Frágil e hiperatividade) ou psiquiátricos (Esquizofrenia, Síndrome do Pânico), demências e procedimentos cirúrgicos em crianças de tenra idade.
- **Outras condições:** Necessidades de tratamento acumuladas em pacientes residentes em áreas afastadas, que não possuem esse tipo de atendimento.

Elaboração do plano de tratamento

Tem como objetivo a organização e racionalização dos procedimentos, diminuindo a possibilidade de imprevistos e atrasos, assim como mudanças necessárias durante a execução do tratamento.

- **Anamnese:** informações do paciente, história médica odontológica pregressa e atual, exames complementares e pareceres médicos necessários.

- Exame bucal: diagnóstico (exame clínico e radiográfico quando possível).
- Interação equipe odontológica e anestesista: discussão do tempo de duração da anestesia de acordo com a natureza e o volume do trabalho a ser realizado.
- Quando não for possível realizar exame bucal e plano de tratamento detalhado, eles serão feitos com o paciente sob anestesia geral.

Equipe

A equipe multidisciplinar é composta por:

- Equipe odontológica
- Médico anestesista
- Equipe de enfermagem

É importante que a equipe seja integrada e é de boa conduta a presença do cirurgião dentista de referência da família, no centro cirúrgico no dia da intervenção. No caso da impossibilidade da sua presença, deverá ser realizado um relatório para o cirurgião dentista que executará os procedimentos, previamente discutido com o responsável legal do paciente. A equipe odontológica deverá ser formada por dois a três cirurgiões dentistas e um a dois auxiliares de saúde bucal (ASB).

Conduta pré-operatória

- Anamnese prévia e solicitação de radiografias (panorâmica e periapicais) sempre que possível.
- Solicitação de exames laboratoriais:

Sangue: hemograma completo, coagulograma, glicemia, uréia, creatinina, TGO, TGP.

Urina: EAS (Elementos Anormais de Sedimentação)

Fezes: parasitológico

- Solicitação de Rx de tórax PA e perfil.
- Solicitação de parecer cardiológico e/ou risco cirúrgico (Quadro II).
- Consulta para avaliação dos exames, planejamento do tratamento e agendamento do centro cirúrgico.
- Preenchimento do consentimento esclarecido e assinatura do responsável pelo paciente.

Nome do paciente: _____ DN: ____/____/____

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

(Centro Cirúrgico)

Eu, _____
RG: _____ na qualidade de responsável pelo paciente

portador de _____,
autorizo exame clínico e tratamento odontológico pela
equipe: _____

Tenho conhecimento de que o tratamento odontológico será realizado em centro cirúrgico com uso de anestesia geral. Declaro estar ciente do plano de tratamento em anexo, de possíveis alterações que por ventura venham a ocorrer e alertado da possibilidade de ser necessária a realização de extrações parciais ou totais. Assim sendo, delego poderes de decisão ao cirurgião dentista.

Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo a seguir as orientações sugeridas pela equipe, assim como retornar às consultas de manutenção programadas.

Confirmo a veracidade destas informações e autorizo a realização do tratamento odontológico necessário.

Autorizo a utilização desta documentação para possível divulgação científica

() sim () não

Brasília, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

TESTEMUNHAS :

Nome :
CPF :

Nome :
CPF :

Preenchimento do pedido de internação e marcação da cirurgia

- É desejável encaminhar o paciente para o ambulatório de pré-anestésico com os resultados dos exames. O apoio clínico do anesthesiologista é importante na fase pré-operatória, quanto na transcirúrgica e no segmento pós-operatório (Quadro I) e (Quadro II).

Quadro I

Objetivos da Visita Pré-operatória, realizado pelo médico anestesista

- Identificar condições clínicas que podem ser melhoradas antes da cirurgia;
- Identificar condições clínicas que podem orientar a escolha da anestesia;
- Verificar necessidade de monitorização especial durante ou após cirurgia;
- Avaliar a necessidade de medicação pré-operatória;
- Estabelecer relação de confiança;
- Diminuir o medo e ansiedade
- Educar e instruir o paciente ou responsável.

Quadro II

Os indivíduos classificados, como ASA I e II poderão ser submetidos à anestesia geral após a avaliação clínica global. Entretanto, indivíduos ASA III e IV necessitam de acompanhamento de médico especialista no sentido de observar os riscos do procedimento.

Classificação do Estado Físico do Paciente:

A Sociedade Americana dos Anestesiologistas (American Society of Anesthesiologists _ ASA) classificam os pacientes com indicação para anestesia geral de acordo com o estado físico em:

- ASA I _ Paciente sem alterações orgânicas, fisiológicas, bioquímicas ou psicológicas. Não há alterações sistêmicas.
- ASA II _ Pacientes com doença sistêmica leve ou moderada causada por fenômeno fisiopatológico ou pela condição que será tratada cirurgicamente.
- ASA III _ Paciente com alterações orgânicas muito intensas ou transtornos patológicos de qualquer causa, mesmo que não seja possível definir o grau de incapacidade orgânica.
- ASA IV _ Pacientes com transtornos gerais graves, que põem em perigo sua vida e que não são corrigidos por cirurgia.
- ASA V _ Paciente, moribundo, com poucas possibilidades de sobreviver, mas são submetidos à cirurgia como último recurso.
- ASA VI _ Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão doados.
- E _ Operação de emergência de alguma variedade (usada para modificar uma das classificações acima, ex.: ASA III-E)

Internação e Pré-anestésico

- O paciente deve estar em jejum absoluto durante as doze horas que precedem a anestesia geral. Indica-se o período matinal como ideal.
- Paciente e responsável apresentam-se na sala de internação.
- O paciente é encaminhado para o centro cirúrgico em companhia do responsável

- Caso necessário, será realizada medicação pré anestésica pelo anestesista com a finalidade de diminuir a ansiedade.
- Se o paciente não chegar sedado ao centro cirúrgico, será solicitada a ajuda daquele que tem maior grau de afetividade no acompanhamento, até a sala cirúrgica. Após a indução anestésica o acompanhante deixa a sala.

Atuação do Cirurgião Dentista

- Paramentação da equipe.
- Preparo da mesa e equipamentos odontológicos: A montagem da mesa e verificação dos equipamentos odontológicos deverá ser realizada pelo cirurgião dentista e/ou por sua auxiliar.

Equipamentos, materiais e instrumentais necessários para atendimento odontológico em centro cirúrgico:

- Aspirador de secreções
- Equipo
- Instrumentos manuais e rotatórios
- Fotopolimerizador
- Amalgamador
- Equipamento para raspagem com ultra-som
- Raios-X e meios para revelação de filmes
- Abridores de boca: Molt, Fourniol
- Todo material de consumo para a realização de procedimentos odontológicos.

- Preparo do campo operatório, antissepsia intra e extra-oral.
- Colocação dos campos operatórios estéreis.
- Aspiração e colocação do tampão orofaríngeo.
- Uso de abridores de boca para manter e facilitar o tratamento preventivo/reabilitador/cirúrgico.

- Exame clínico e plano de tratamento quando não for possível realizá-los previamente.

Tratamento odontológico

É importante considerar as condições do paciente para planejar da melhor forma possível o tratamento restaurador e cirúrgico. Podem ser necessárias intervenções mais radicais (exodontias parciais ou totais) em detrimento às reabilitadoras (endodontia, dentística restauradora e prótese)

- Anestesia infiltrativa com vasoconstrictor para diminuir a quantidade de anestésico inalado, facilitando a recuperação pós-cirúrgica e, em casos de cirurgia, diminuir o sangramento. (informar a administração do anestésico local ao anestesista).
- Periodontia.
- Restaurações e aplicações de selantes e flúor.
- Exodontias e outros atos cirúrgicos.
- Sutura com fio reabsorvível.
- Limpeza do campo operatório com soro fisiológico.
- Comunicação ao anestesista o término dos procedimentos odontológicos
- Aspiração e inspeção final.
- Remoção do tampão orofaríngeo.
- Acompanhamento do despertar do paciente e sua remoção para sala de recuperação.

Cuidados pós- operatórios

- Paciente é encaminhado para a sala de recuperação.

- Preenchimento das fichas do prontuário: relatório da cirurgia e prescrições pós-operatórias.
- Orientação ao responsável sobre os cuidados pós-operatórios, medicações e marcação do retorno ao ambulatório.
- Alta hospitalar, com o paciente plenamente recuperado, após alta do anestesista. Geralmente concedida no mesmo dia do procedimento, desde que o paciente esteja em perfeitas condições de saúde bucal e sistêmica.

Manutenção

- O retorno do paciente ao consultório deve ser planejado de acordo com sua necessidade individual.
- Os retornos periódicos são importantes para dessensibilização do paciente quanto aos tratamentos preventivos e curativos futuros. Nesses retornos é estabelecido um vínculo maior entre paciente/família/profissional.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

A manutenção preventiva são visitas periódicas marcadas após a realização do tratamento odontológico no PNE. Todo o trabalho desenvolvido, desde a primeira consulta, conquista do manejo clínico até a recuperação da saúde bucal, serão revistos, reforçados, apreendidos e mantidos. Mesmo nos casos de pacientes que foram encaminhados ao Centro Cirúrgico, a manutenção preventiva será a oportunidade de se adequar o PNE ao atendimento ambulatorial. Portanto o retorno deve ser planejado segundo a avaliação das seguintes condições:

- fatores predisponentes de natureza sistêmica do paciente;
- risco individual à cárie e doença periodontal;
- dificuldade de manejo do paciente;
- cooperação da família;
- condição econômica e social do grupo familiar;
- disponibilidade de horário e de profissionais, como no caso do atendimento público.

Sugere-se que nestas consultas periódicas, faça-se uma revisão prévia dos pareceres médicos, da anamnese para se inteirar de mudanças na saúde do PNE ou até mesmo na confirmação do diagnóstico médico. Algumas vezes, necessita - se repetir exames radiográficos, complementares ou pareceres; investir mais nos condicionamentos psicológicos e físicos, observar se a família está envolvida no protocolo preventivo para se alcançar a saúde bucal e a inclusão social.

A primeira fonte de atenção são os pais, que deverão ser conscientizados sobre as necessidades odontológicas de seus filhos. Serão também esclarecidos de que a não supervisão da escovação de um PNE pode dar origem a sérios problemas dentários. O grau de supervisão e assistência por parte dos pais dependerá da habilidade ou da falta de cooperação do paciente quanto à sua higiene oral. Pode-se orientá-los sobre:

- a aplicação das medidas preventivas diárias em seus filhos;
- a responsabilidade dos pais em manter a boa higiene oral domiciliária;
- a receptividade dos familiares e pacientes para o programa preventivo;
- a importância da adesão às medidas preventivas propostas como: cumprir consultas, aceitar e manter o tratamento preventivo, bem como retirar o comportamento não saudável (risco).

- o cirurgião dentista não é o único a ter condições de cuidar dos problemas bucais do PNE;

É relevante a avaliação da necessidade de reduzir os movimentos do paciente para facilitar a atuação dos pais durante a higienização. A técnica para esta prática poderá ser passada aos pais, dando preferência a formas mais simples de realizá-la. Em alguns casos o paciente necessita da utilização de abridores de boca para a correta higiene bucal. Os cuidadores poderão ser bem orientados em como obtê-los e utilizá-los em casa. A presença de hipersensibilidade bucal (vômito) é fator que dificulta a atuação da família nos cuidados preventivos; orientações para contornar este problema serão repassadas durante as consultas.

Fatores que poderão ser monitorados pelo cirurgião dentista durante as sessões das consultas preventivas:

- avaliação da eficiência da higienização dos dentes, da saúde gengival e demais tecidos da cavidade oral;
- avaliação, a cada consulta, das condições da escova, do uso do fio dental e do creme dental mais indicado para a faixa etária do paciente;
- orientação aos responsáveis, sobre as técnicas e posições corretas para a escovação do PNE;
- demonstração das posições que facilitem o controle do paciente durante a higienização, dando mais visibilidade, e melhorando o posicionamento do adulto e paciente, com a finalidade de se obter um razoável conforto para ambos;
- observação do índice de consumo de sacarose, dando aos familiares as orientações necessárias;
- observação da presença de lesões ativas e de superfícies vulneráveis;
- observação do estágio de irrompimento dos dentes decíduos e permanentes;
- avaliação do desenvolvimento de maloclusões que possam ser tratadas;
- avaliação da necessidade do uso de fluoretos suplementares.

As dificuldades encontradas pelos pais para a realização dos cuidados caseiros serão observadas, procurando soluções simples e adequadas a sua realidade social. Importante enfatizar sempre estas medidas, procurando passar atitudes positivas que estimulem as famílias a continuar com esta prática.

Nos pacientes com menor comprometimento mental, sensorial e motor e com famílias colaboradoras, pode-se realizar um treinamento durante as sessões de manutenção preventiva com o PNE e familiares, a fim de que o paciente execute sua própria escovação.

Não esquecer que em parâmetros médicos, educacionais e da vida familiar do paciente não é fácil programar e obter um atendimento e acompanhamento perfeito e que os bons resultados serão na maioria das vezes obtidos a longo prazo, após uma boa preparação. O correto atendimento será construído de forma lenta, calma, cheia de repetições e com muito consumo de tempo, de material, mas que ao final mostra-se salutar para o paciente.

A prevenção da recorrência de lesões cariosas, a diminuição de problemas gengivais, a integração da família no programa, o condicionamento psicológico dos pacientes com necessidades especiais, inclusive aqueles tratados sob anestesia geral, mostram a importância da manutenção preventiva periódica e se justifica o investimento neste tipo de atendimento.

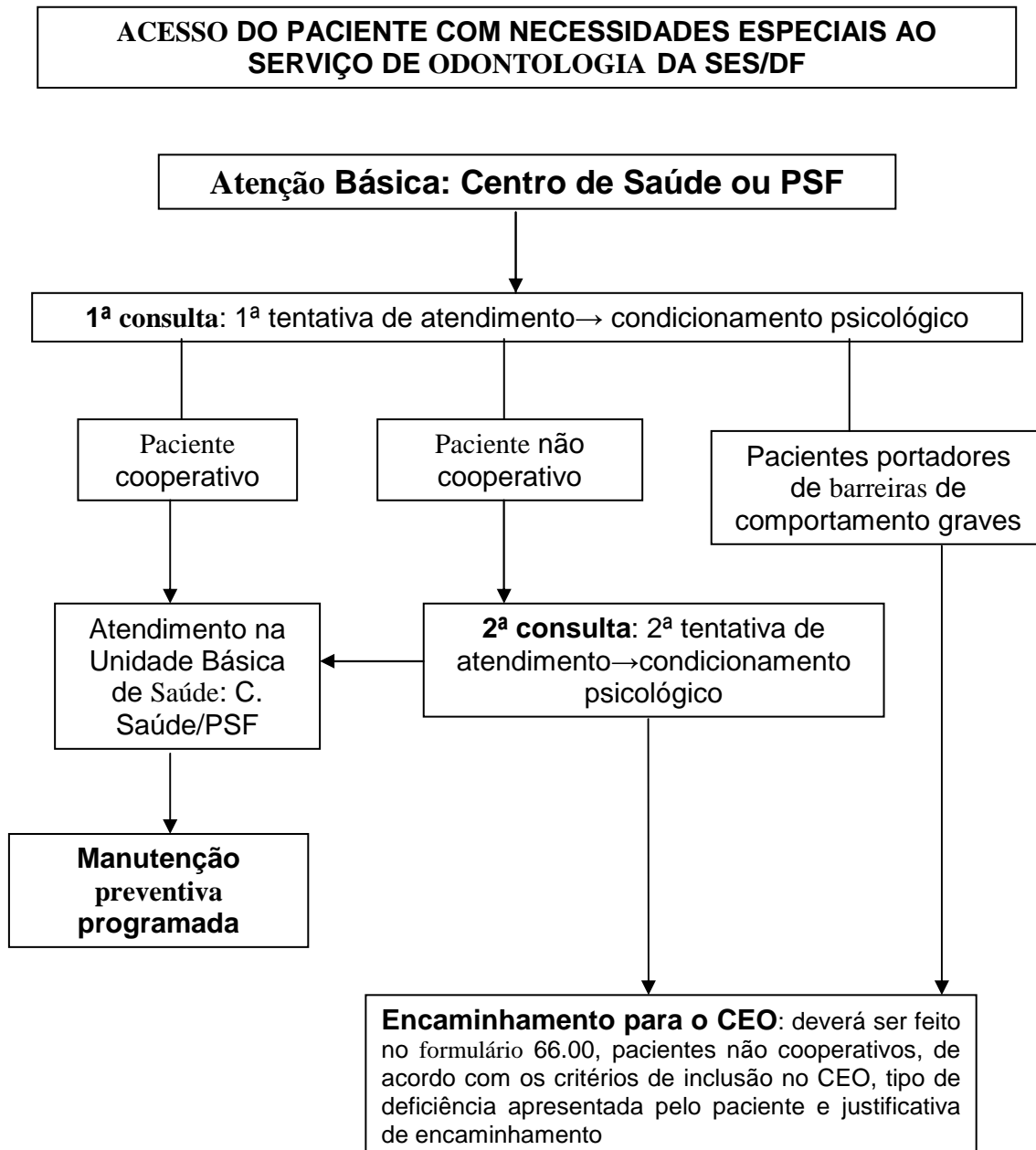
ANEXO I

EQUIPAMENTOS E CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

- Aspirador
- Equipo
- Instrumentos manuais e rotatórios
- Fotopolimerizador
- Equipamento para raspagem com ultra-som
- Raios-X e meios para revelação de filmes
- Sala bem arejada e sem ruídos para amenizar o estresse físico e mental
- Espaço físico adequado para acesso aos consultórios (rampas, portas, etc.)
- Sala de espera adequada às necessidades,
- Sanitário com instalações apropriadas ao cadeirante e com fraldário.
- Equipamento apropriado para contenção: roletes, faixas com velcro,
- Mocho para o responsável
- Abridores de boca: Molt, Fourniol
- Todo material de consumo para a realização de procedimentos odontológicos.

ANEXO II

ORGANOGRAMA



ANEXO III

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/____

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Eu, _____
RG: _____ na qualidade de responsável pelo paciente

portador de _____,
autorizo exame clínico e tratamento odontológico pela equipe:

Tenho consciência que:

1 - o tratamento odontológico será preferencialmente realizado em ambulatório;

2 - poderá ser necessária a utilização de contenção física com o uso de abridores de boca, podendo inclusive ser solicitado minha ajuda nestas manobras;

3 - caso haja indicação, o tratamento poderá ser realizado sob sedação ou em nível hospitalar em centro cirúrgico, sob anestesia geral.

Concordo com a utilização destas técnicas e encontro-me ciente que são importantes para a proteção do paciente e sucesso do tratamento. Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo a seguir as orientações sugeridas pela equipe, assim como retornar às consultas de manutenção programadas.

Estratégia para execução do tratamento: _____

Plano de tratamento proposto: _____

Objetivo (s) do tratamento proposto:_____

Confirmo a veracidade destas informações e autorizo a realização do tratamento odontológico necessário.

Autorizo a utilização desta documentação para possível divulgação científica

() sim () não

Brasília, _____ de _____ de _____ .

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

TESTEMUNHAS :

Nome :
CPF :

Nome :
CPF :

ANEXO IV

FICHA CLÍNICA

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____
Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos _____ meses
Naturalidade: _____ Cor: _____ Sexo: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Telefones: () _____ Recado: _____ Celular: _____
Filiação:
Pai: _____ RG: _____
Mãe: _____ RG: _____
Responsável pelo paciente: _____ Tel: _____
Cuidador: _____ Tel: _____
Escolaridade do cuidador: analfabeto / fundamental / médio / superior
Transporte: ônibus / ambulância / carro próprio / metrô / carona (nome e tel.): _____ / outros _____
Cadeirante: sim / não Passe livre: sim / não Aposentado: () sim () não
Estuda? _____ Local _____
Outras atividades? _____

ANAMNESE:

Queixa principal? _____

Diagnóstico clínico: _____
Médico responsável: _____ Tel: _____

HISTÓRIA MÉDICA:

Idade da mãe _____ anos e pai _____ anos, na época do nascimento.
Como foi a gestação? _____

Parto _____ Hospital _____
Nasceu: cianótico / Incubadora / Outros _____

Aleitamento materno:_____

Desenvolvimento da criança:_____

Problemas neurológicos:_____

Convulsões:_____

Alterações hematológicas:_____

Cardiopatias:_____

Distúrbio endócrino - metabólico:_____

Problemas respiratórios:_____

Problemas renais:_____

Alterações hepáticas:_____

Problemas gástricos:_____

Problemas otorrinolaringológicos:_____

Padrão respiratório: nasal / bucal / traqueostomia_____

Alergias:_____

Sofreu alguma cirurgia?_____

Teve hemorragia?_____Tipo de cicatrização:_____

Já recebeu transfusão de sangue?_____

Alterações sensoriais: visão / audição / fala_____

Medicações atuais:_____

Internações hospitalares:_____

HISTÓRIA FAMILIAR:

Anomalia na família:_____

Que tipo de deficiência:_____

Outras doenças familiares:_____

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Fez tratamento antes? não / sim_____

Aceitou bem os tratamentos anteriores?_____

Época de erupção dos dentes decíduos_____meses.

Época de erupção dos dentes permanentes_____anos

Sofreu algum traumatismo dentário?_____idade_____anos

Lesão sofrida_____

Tratamento realizado_____

Apresentou problemas com anestesia local? _____
 Já apresentou hemorragia após extração dentária? _____
 Escovação: sozinho / cuidador / ambos _____
 Qual a frequência da escovação? _____
 Usa fio dental? não / sim Pasta dente: sem flúor / com flúor _____ ppm
 Água que bebe: torneira / filtrada / garrafa / de poço _____
 Uso de fluoretos: _____
 Frequência de alimentação: _____
 Consistência dos alimentos: normal / amassado / batido no liquidificador /
 outros _____
 Mamadeira: quantas vezes _____ conteúdo _____
 Alimentação rica em açúcar: _____

 Hábitos bucais: _____

EXAME FÍSICO E CLÍNICO:

Alterações físicas gerais: _____

Exame físico regional extrabucal	SIM	NÃO	TIPO DE ALTERAÇÃO
Palidez			
Tamanho crânio normal			
Simetria facial normal			
Distância entre olhos normal			
Fâneros normais			
Linfonodos normais / região			

EXAME INTRABUCAL:

Lábios: normal / hipotônicos / queilite / ressecados / cianóticos / lesão /
 outros _____
 Língua: normal / hipertônica / hipotônica / saburrosa /
 outros _____
 Mucosa bucal: normal / outros _____

ANEXO V

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/____

ODONTOGRAMA

Data ____/____/____

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após ____ meses para primeira reavaliação.

Data ____/____/____

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após ____ meses para reavaliação

Data ____/____/____

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após ____ meses para reavaliação

Data ____/____/____

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após ____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

Data ___/___/___

			55	54	53	52	51	61	62	63	65	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Retornar após _____ meses para reavaliação

ANEXO VI

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/____

PLANO DE TRATAMENTO

Tratamento emergencial: _____

Endodontia: _____

Exodontia: _____

Adequação do meio bucal: _____

Orientação de higiene bucal: ao paciente / ao cuidador / ambos

Orientação da dieta: _____

Profilaxia bucal: _____

Tratamento periodontal:

Raspagem supra e subgengival : _____

Outros: _____

Tratamento restaurador atraumático: _____

Aplicação de selantes: _____

Aplicações tópicas de flúor: _____

Tratamento cirúrgico:

Exodontias: _____

Outros: _____

Tratamento endodôntico:

Capramento pulpar: _____

Pulpotomia: _____

Endodontia: _____

Tratamento restaurador: _____

Tratamento ortodôntico / ortopédico: _____

Tratamento protético: _____

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO NA PRIMEIRA CONSULTA:

Grau de colaboração do paciente na primeira consulta: _____

Grau de colaboração do acompanhante: _____

Comportamento: calmo / nervoso / agitado / alegre / sonolento _____

Automutilação: _____

Manejo clínico:

1 - em ambulatório: cadeira odontológica / cadeira de rodas / maca
contenção física / sedação _____

2 - anestesia geral _____

ANEXO VIII

Nome do paciente: _____ DN: ____/____/____

CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

(Centro Cirúrgico)

Eu, _____

RG: _____ na qualidade de responsável pelo paciente

_____ portador de _____,
autorizo exame clínico e tratamento odontológico pela
equipe: _____

Tenho conhecimento que o tratamento odontológico será realizado em centro cirúrgico com uso de anestesia geral. Declaro estar ciente do plano de tratamento em anexo, de possíveis alterações que por ventura venham a ocorrer e alertado da possibilidade de ser necessária a realização de extrações parciais ou totais. Assim sendo, delego poderes de decisão ao cirurgião dentista.

Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo a seguir as orientações sugeridas pela equipe, assim como retornar às consultas de manutenção programadas.

Confirmo a veracidade destas informações e autorizo a realização do tratamento odontológico necessário.

Autorizo a utilização desta documentação para possível divulgação científica

() sim () não

Brasília, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1ª reimpressão, Brasília, DF. 2008. 92 p.
2. CAMARGO, W. J. e Col. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Editora Brasília. Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA. Pag. 220–226, 2002
3. CAOÉ – Centro de Assistência Odontológica a Excepcionais – UNESP Contenção física no atendimento do paciente especial - apostila Araçatuba - SP1993
4. COGO K, Bergamaschi CC, Yatsuda R, Volpato Mc, Andrade ED. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia: Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo - 2006 maio/agosto: 18 (2) 181-188.
5. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.232 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, (8)
6. CORRÊA, Maria Salete, N.P. - Odontopediatria na Primeira Infância - Edição Santos - SP 1998 - cap. 49 - Pg. 801-809.
7. COSTA, M. H. P. et al., Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal com Necessidades Especiais. Com. Ciências Saúde. 2007; 18(2): 129-139
8. CURY, Camila Fernanda Meirelles Ramos; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. Fam. Saúde Desenv. Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez. 2006.
9. ELIAS, R. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: uma visão clínica. São Paulo: Livraria e Editora Santos e Revinter. Pag. 119–130, 135–142, 2007
10. FARIAS, M. A. V.; MOURA, E. R. F. Buccal health in the FHP context in the Rev. Odontol. UNESP, v. 32, n. 2, p. 131-137, jul. / dez. 2003.
11. FOURNIOL FILHO, A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Santos, 1998.
12. GENOVESE, W. J. Metodologia do exame clínico em odontologia. São Paulo: Pancast Editorial, 1992, 391p.
13. GRANDIM T. Calming effects of deep touch pressure in patients with autistic disorder, college students, and animals. J Child Adolesc Psychopharm 1992; 2:63-72
14. HADDAD, A. S. Odontologia para pacientes com necessidades especiais. Livraria e Editora Santos. 2007

15. HADDAD, A. S.; SANTOS, M. T. B. R. Abordagem do paciente com paciente com necessidade especial. Odontologia, Arte e Conhecimento. V. 2, Artes Medicas, 2003
16. JOHNSON, C. D. ; MATT, M. K. ; DENNISON, D. et al. A case report preventing factitious gingival injury in an autistic patient. J Am Dent Assoc 1996; 127: 244-7.
17. KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. Am Acad Ped Dent 1998; 20:312-78.
18. KLEIN, U.; NOWAK, A. J. Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. Spec Care Dent. 1999; 19: 2007.
19. LANA, M. T. S.. Situação atual do sistema de saúde nas cidades de Araguatins e Buriti do Tocantins: estudo comparativo. Monografia apresentada Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Odontologia, Curso de Especialização a Distância em Saúde Coletiva. Araguatins e Buriti do Tocantins. 2004
20. LOWE, O; LINDEMANN, R. Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination. Journal of Dentistry for Children v. 52 (1) p.29-35. 1985.
21. MACHADO MCL. Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e doença mental (tese) São Paulo, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo 1995.
22. MARCOLAN, JF. A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo: Edição do autor; 2004.
23. MAREGA, T e cols., Técnicas de abordagem no atendimento a pacientes com necessidades especiais, Anais. 16º Conclave Internacional de Campinas ISSN 1678-1899 - n. 115 - Março/Abril 2005
24. McDONALD, R. E. Odontopediatria Guanabara Koogan 2001 7ª Edição 608 p.
25. MEDINA, A. C.; SOHGBE, R.; GOMEZ-REY, A. M. et al. Factitial oral lesions in an autistic pediatric patient. Int. J Pediatr Dent 2003; 13: 130-37
26. MORAES, A. B. A.; PESSOTTI, I. Psicologia aplicada à odontologia. São Paulo. Sarvier. 1985.
27. MUGAYAR, L. R. F. Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral. São Paulo: Pancast editora. Pag. 165-76, 199-213, 251-258, 2000

28. NEGREIROS, Armando, A. F. - Utilização de drogas endovenosas para sedação em consultório - Medcenter.com Odontologia - www.odontologia.com.br/artigos.asp.
29. NICOLETTI, R.L; Felício, A. A. Anestesia em Pediatria. São Paulo: Manole, 1981. Sonis, S.T.; Fazio, R.C.; Fangil, L.. Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
30. PAES, M. R. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. Revista de Enferm. UERJ, Rio de Janeiro 2009 out/dez; 17(4): 479-84.
31. PEREIRA, Carmen Regina dos Santos; PATRÍCIO, Alberto Allan Rodrigues; ARAÚJO, Fábio Andrey da Costa; LUCENA, Eudes Euler de Souza; LIMA, Kenio Costa de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 25(5): 985-996, mai, 2009.
32. PEREIRA, Maria Alice. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Revista da Escola de Enfermagem USP, vol.41, nº. 4, São Paulo. Dezembro 2007
33. PERES, A. S., Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre aspectos éticos e legais. Rev. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba, 17 (1): 49-53, 2005
34. PINTO, A. C. G. Odontopediatria Livraria e Editora Santos 7ª Edição 2003
35. REVISTA do departamento de cirurgia da Faculdade de odontologia de Barretos. Avaliação pré anestésica encontrado em angelfire.com/nm/cirurgia/avalia/avalia.html acessado em fevereiro 2010
36. SECRETARIA da Saúde de SP, Cadernos de Saúde Bucal da SES-SP, "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais", Dezembro 2005, Pg. 10-76.
37. SILVA, L. C. P. et al. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: Protocolos para o Atendimento Clínico. São Paulo: Livraria Santos Editora. Pag. 71–80, 2009
38. SILVA, R. A. B. et al. Autismo: aspectos de interesse ao tratamento odontológico. Odontologia Clínica Científica. Recife 7(3) 191-196 jul/set 2008.
39. TOLEDO, O. A. Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Editora Premier, 2005.
40. VARELLIS, M.L.Z. O Paciente com necessidades Especiais na Odontologia: Manual Prático. São Paulo: Santos, 2005.