



MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
SAÚDE BUCAL

*“DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O MANEJO
ODONTOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA”*

COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA

*Adriana Cristina Rodrigues Lisboa
Paulo Eduardo Alves Quaranta*



CIRURGIÕES-DENTISTAS EXECUTORES

PROJETO ENTREGUE EM OUT/2013
REVISÃO EM JULHO/2018

Nívio Fernandes Dias

*Graduação pela Unimes - Santos
Especialização em Dentística pela Universidade de São Paulo - USP Bauru
Especialização em Periodontia pela Unimes - Santos
Mestrado em Dentística pela Unesp - São José dos Campos
Pós-Graduação em DTM pela Universidade de São Paulo - USP Bauru*

Thaís Henriques Caldeira

*Graduação pela Universidade de São Paulo - USP Ribeirão Preto
Residência em Odontologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP
Especialização em Endodontia pela Universidade de São Paulo - USP Bauru
Pós-Graduação em Cirurgia pela Fundectô - USP*

Vanessa Onozato Ushimaru

*Graduação pela Unimes - Santos
Especialização em Saúde da Família*

ÍNDICE

1. FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ODONTOLÓGICO
2. FLUXOGRAMA PADRÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
3. FLUXOGRAMA CÁRIE
4. ANÁLISE DE RISCO DA CÁRIE
5. AÇÕES INDIVIDUAIS DE ACORDO COM O RISCO DE CÁRIE
6. ALTERAÇÕES NÃO CARIOSAS DA ESTRUTURA DENTAL: HIPOPLASIA DO ESMALTE – 1ª PARTE
7. ALTERAÇÕES NÃO CARIOSAS DA ESTRUTURA DENTAL: HIPOPLASIA DO ESMALTE – 2ª PARTE
8. HIPOPLASIA DO ESMALTE
9. ALTERAÇÕES NÃO CARIOSAS DA ESTRUTURA DENTAL: DENTINOGÊNESE IMPERFEITA
10. LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS
11. FLUXOGRAMA DOENÇA PERIODONTAL
12. FLUXOGRAMA AÇÕES EM SAÚDE BUCAL
13. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: AVALIAÇÃO DE RISCO
14. CRITÉRIOS DE FLUOROSE DENTAL
15. CRITÉRIOS DE MALOCCLUSÃO
16. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA – 1ª PARTE
17. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA – 2ª PARTE

ÍNDICE

- 18. CUIDADOS NO MANEJO DO TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA
- 19. SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA (BATTERED-CHILD SYNDROME ou CHILD ABUSE)
- 20. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA CORONÁRIA
- 21. CUIDADOS NO MANEJO DA FRATURA CORONÁRIA NA DENTIÇÃO PERMANENTE
- 22. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA CORONORRADICULAR
- 23. CUIDADOS NO MANEJO DA FRATURA CORONORRADICULAR NA DENTIÇÃO PERMANENTE
- 24. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA RADICULAR
- 25. CUIDADOS NO MANEJO DA FRATURA RADICULAR NA DENTIÇÃO PERMANENTE
- 26. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: CONCUSSÃO E SUBLUXAÇÃO
- 27. CUIDADOS NO MANEJO DA CONCUSSÃO E DA SUBLUXAÇÃO NA DENTIÇÃO PERMANENTE
- 28. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: LUXAÇÃO EXTRUSIVA E LUXAÇÃO LATERAL

ÍNDICE

- 29. CUIDADOS NO MANEJO DA LUXAÇÃO EXTRUSIVA E DA LUXAÇÃO LATERAL NA DENTIÇÃO PERMANENTE
- 30. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: LUXAÇÃO INTRUSIVA
- 31. CUIDADOS NO MANEJO DA LUXAÇÃO INTRUSIVA NA DENTIÇÃO PERMANENTE
- 32. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: AVULSÃO
- 33. FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA DO PROCESSO ALVEOLAR
- 34. FLUXOGRAMA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
- 35. CRITÉRIOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: SETOR AMBULATORIAL
- 36. CRITÉRIOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: SETOR HOSPITALAR
- 37. FLUXOGRAMA LESÕES BUCAIS
- 38. FLUXOGRAMA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL
- 39. CRITÉRIOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DOS TECIDOS MOLES
- 40. FLUXOGRAMA BEBÊ – 1ª PARTE
- 41. FLUXOGRAMA BEBÊ – 2ª PARTE
- 42. FLUXOGRAMA CRIANÇAS/ADOLESCENTES
- 43. CUIDADOS NO MANEJO DE CRIANÇAS – DENTIÇÃO DECÍDUA

ÍNDICE

- 44. CUIDADOS NO MANEJO DE CRIANÇAS, PRÉ-ADOLESCENTES E ADOLESCENTES (INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA) – DENTIÇÃO MISTA
- 45. CUIDADOS NO MANEJO DE ADOLESCENTES – DENTIÇÃO PERMANENTE
- 46. FLUXOGRAMA GESTANTES
- 47. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES GESTANTES
- 48. CRITÉRIOS DE RISCO FETAL DE ACORDO COM A FDA
- 49. FLUXOGRAMA DIABETES MELLITUS
- 50. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES DIABÉTICOS
- 51. ANÁLISE DO RISCO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS
- 52. FLUXOGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL PRIMÁRIA
- 53. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES HIPERTENSOS
- 54. FLUXOGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA
- 55. FLUXOGRAMA DOENÇA RENAL
- 56. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL
- 57. FLUXOGRAMA PACIENTE TRANSPLANTADO
- 58. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS
- 59. FLUXOGRAMA CARDIOPATIA

ÍNDICE

- 60. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES CARDIOPATAS
- 61. ESQUEMA PROFILÁTICO PARA ENDOCARDITE
- 62. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DA PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA ENDOCARDITE
- 63. ENDOCARDITE (LAST UPDATE)
- 64. TEORIA DA COAGULAÇÃO BASEADA EM SUPERFÍCIES CELULARES
- 65. FASES DA COAGULAÇÃO
- 66. ALGORITMO PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES EM USO DE ANTICOAGULANTES
- 67. FLUXOGRAMA HEPATOPATIA
- 68. FLUXOGRAMA PACIENTE DEPENDENTE DE ÁLCOOL
- 69. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL
- 70. FLUXOGRAMA PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO DE DROGAS ILÍCITAS
- 71. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS DE DROGAS ILÍCITAS
- 72. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS: MACONHA

ÍNDICE

73. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS:
SOLVENTES

74. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS:
COCAÍNA

76. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS: CRACK

77. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS:
ECSTASY

78. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS:
HEROÍNA

79. EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS:
ESTERÓIDES ANABOLIZANTES

80. FLUXOGRAMA PACIENTE ONCOLÓGICO

81. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

82. COMPLICAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DA QUIMIO E DA
RADIOTERAPIA – 1ª PARTE

83. COMPLICAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DA QUIMIO E DA
RADIOTERAPIA – 2ª PARTE

84. FLUXOGRAMA DESORDENS CONVULSIVAS

85. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM DESORDENS
CONVULSIVAS

ÍNDICE

- 86. FLUXOGRAMA TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
- 87. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS
- 88. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE CID – 11 – 1ª PARTE
- 89. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE CID – 11 – 2ª PARTE
- 90. PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – 1ª PARTE
- 91. PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – 2ª PARTE
- 92. FLUXOGRAMA TUBERCULOSE PULMONAR
- 93. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR
- 94. MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA TUBERCULOSE PULMONAR
- 95. FLUXOGRAMA HANSENÍASE
- 96. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM HANSENÍASE (MULTIBACILAR)
- 97. MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA SÍFILIS
- 98. MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA GONORRÉIA
- 99. FLUXOGRAMA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – AIDS

ÍNDICE

- 100. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM AIDS
- 101. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA INFECÇÃO PELO HIV – 1ª PARTE
- 102. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA INFECÇÃO PELO HIV – 2ª PARTE
- 103. PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS DA INFECÇÃO PELO HIV
- 104. FLUXOGRAMA HEPATITES VIRAIS DE MAIOR RELEVÂNCIA ODONTOLÓGICA (HEPATITE B e HEPATITE C)
- 105. CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM HEPATITES VIRAIS
- 106. CUIDADOS APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL
- 107. FLUXOGRAMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HEPATITE B
- 108. FLUXOGRAMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HIV – 1ª ETAPA
- 109. FLUXOGRAMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HIV – 2ª ETAPA
- 110. ESQUEMA DE PROFILAXIA PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL POR HIV BASEADO NA COMBINAÇÃO DAS ETAPAS 1 e 2
- 111. RISCO OCUPACIONAL – 1ª PARTE
- 112. RISCO OCUPACIONAL – 2ª PARTE
- 113. ETAPAS NO PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS
- 114. ESPECIFICAÇÃO DAS ETAPAS NO PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS – 1ª PARTE

ÍNDICE

115. ESPECIFICAÇÃO DAS ETAPAS NO PROCESSAMENTO DOS
ARTIGOS – 2ª PARTE

116. MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO

117. DESINFECÇÃO DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

117. REFERÊNCIAS – Nº 1

118. REFERÊNCIAS – Nº 2

119. REFERÊNCIAS – Nº 3

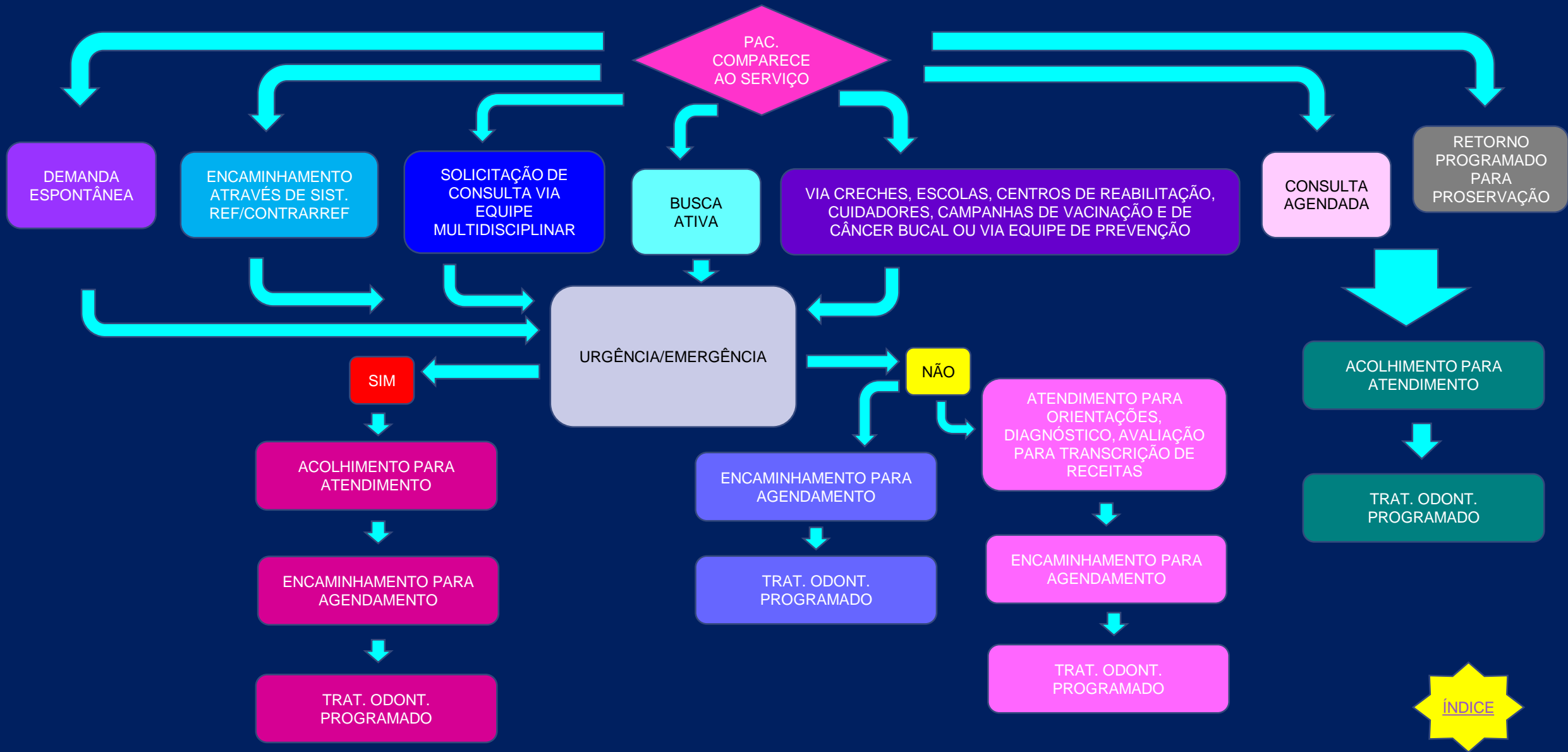
120. REFERÊNCIAS – Nº 4

121. REFERÊNCIAS – Nº 5

122. REFERÊNCIAS – Nº 6

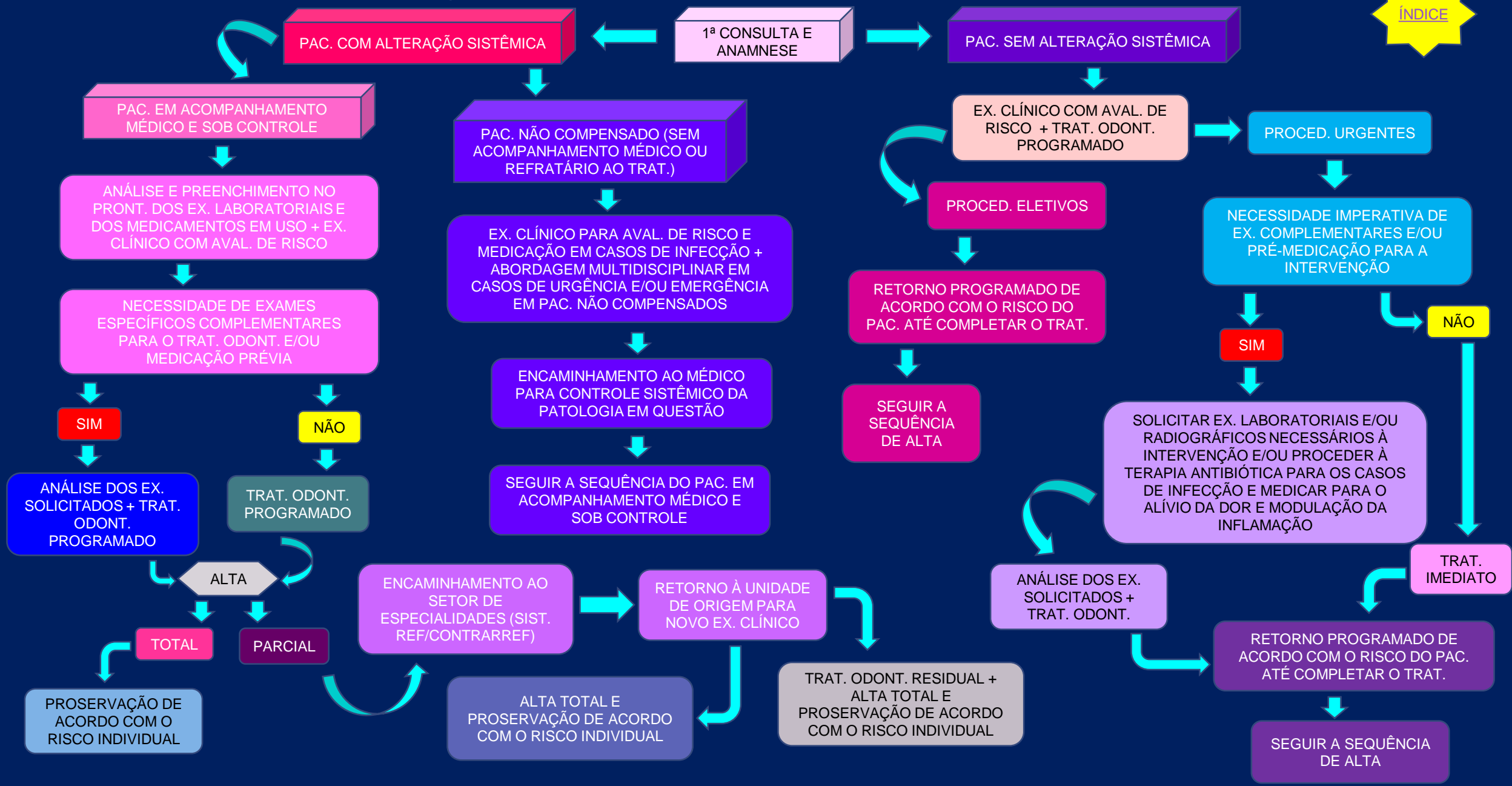
123. REFERÊNCIAS – Nº 7

FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO ODONTOLÓGICO



FLUXOGRAMA PADRÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

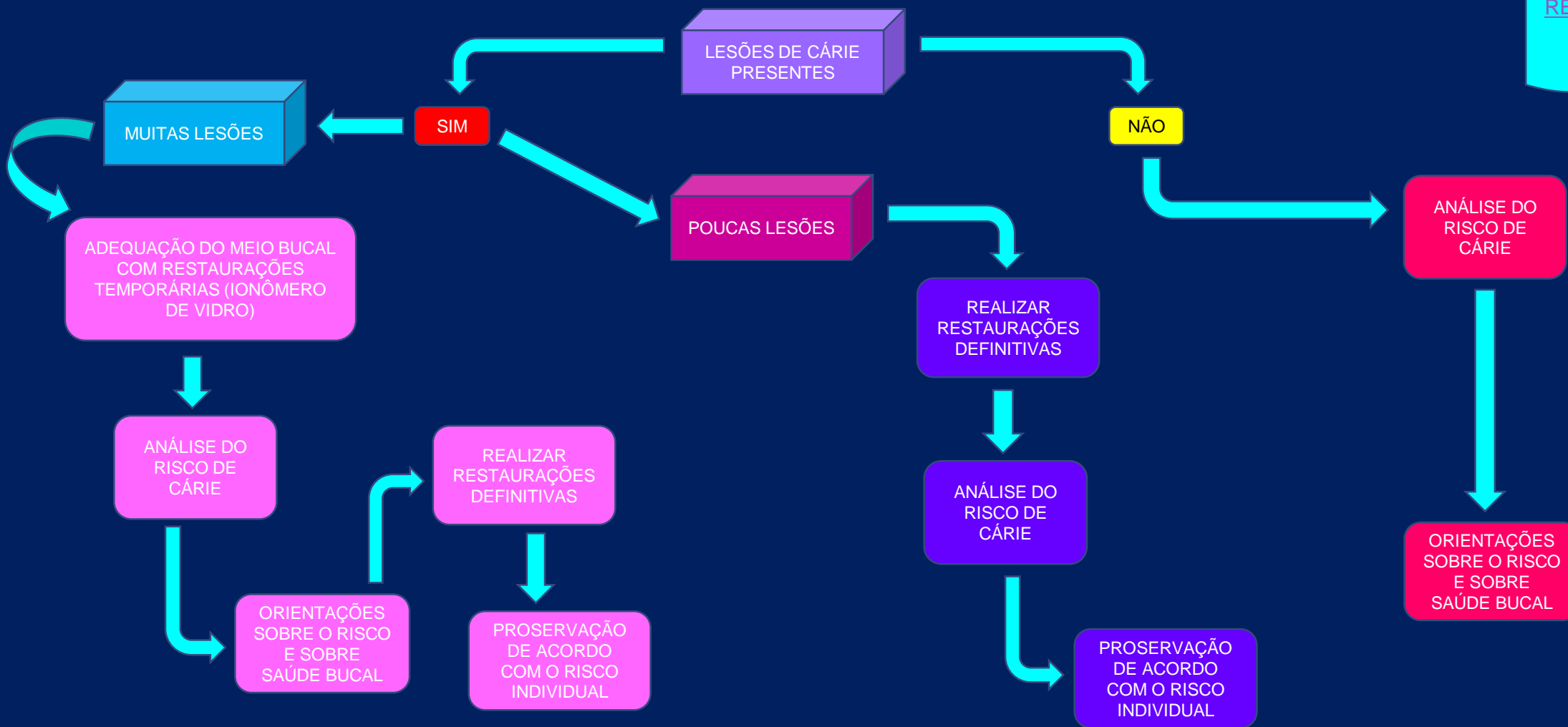
ÍNDICE



FLUXOGRAMA CÁRIE

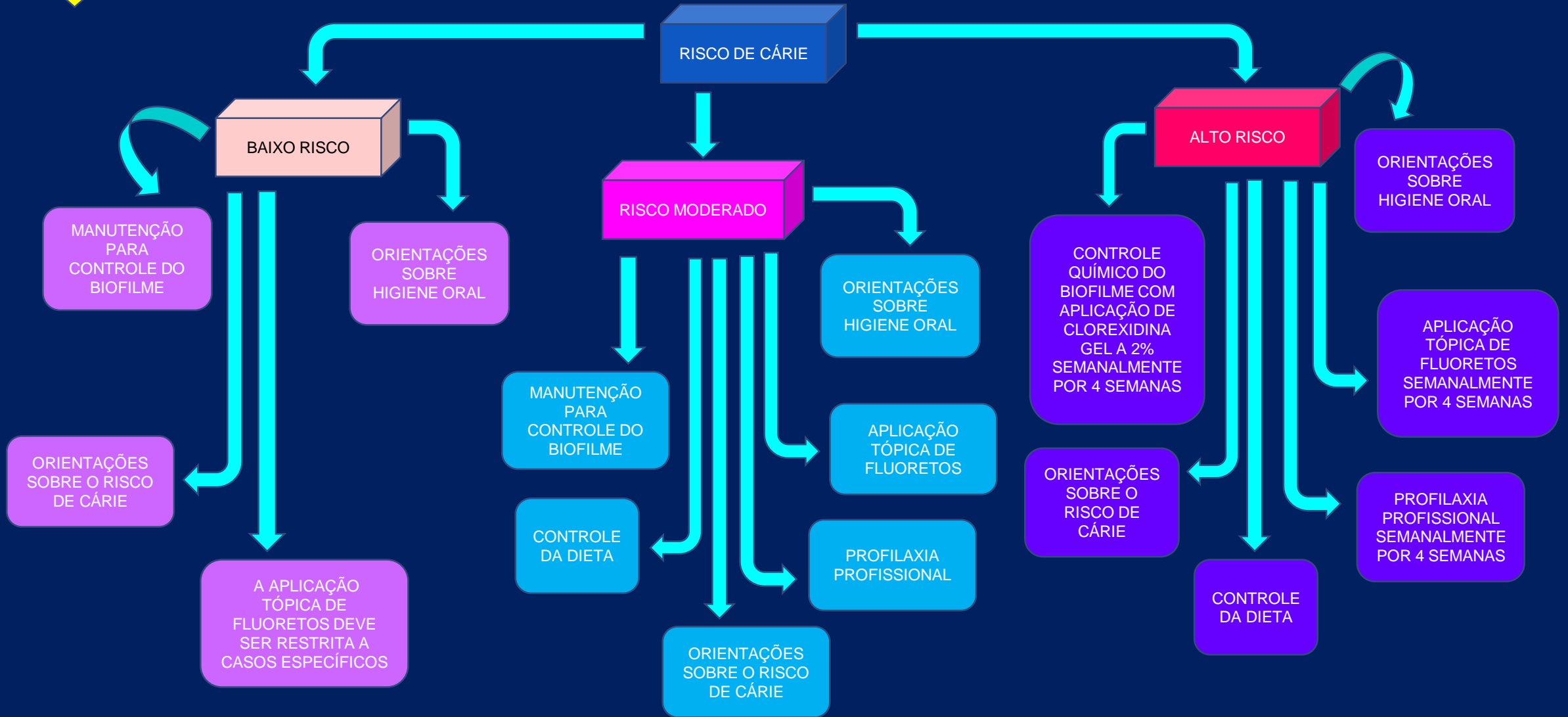
ÍNDICE

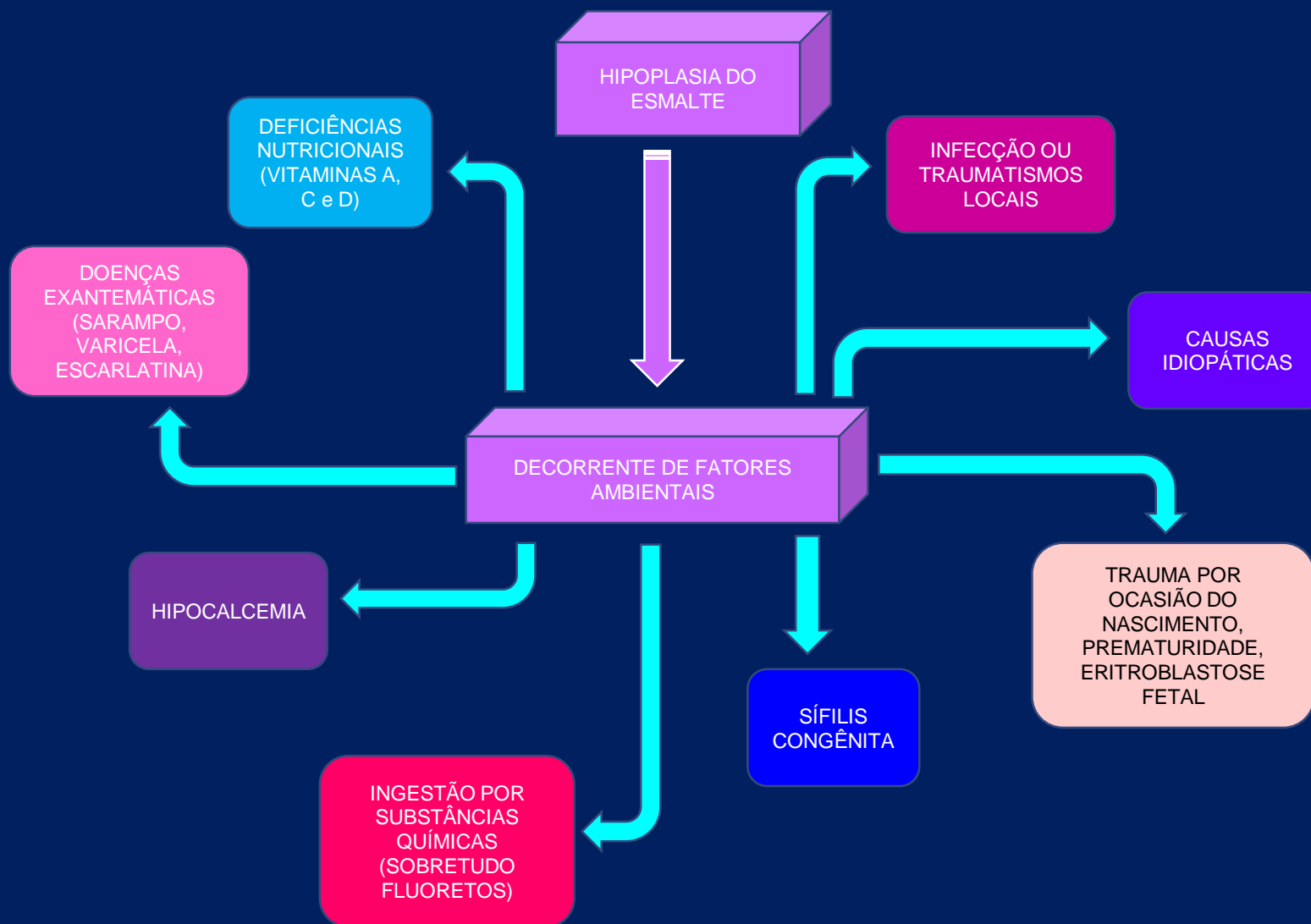
REFERÊNCIA



BAIXO RISCO	RISCO MODERADO	ALTO RISCO
CRIANÇAS E ADOLESCENTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ NENHUMA LESÃO DE CÁRIE NO ÚLTIMO ANO; ✓ FÓSSULAS E FISSURAS COALESCIDAS; ✓ BOA HIGIENE ORAL; ✓ USO CONSTANTE DE FLÚOR; ✓ BAIXA FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE AÇÚCARES; ✓ VISITAS REGULARES AO CIRURGIÃO-DENTISTA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 01 LESÃO DE CÁRIE NO ÚLTIMO ANO; ✓ FÓSSULAS E FISSURAS PROFUNDAS; ✓ HIGIENE ORAL DEFICIENTE; ✓ USO OCASIONAL DE FLÚOR; ✓ FREQUÊNCIA MODERADA DE CONSUMO DE AÇÚCARES; ✓ MANCHAS BRANCAS; ✓ IMAGENS RADIOLÚCIDAS INTERPROXIMAIS; ✓ TRATAMENTO ORTODÔNTICO; ✓ VISITAS IRREGULARES AO CIRURGIÃO-DENTISTA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 02 OU MAIS LESÕES DE CÁRIE NO ÚLTIMO ANO; ✓ CÁRIE EM SUPERFÍCIES LISAS; ✓ HIGIENE ORAL MUITO DEFICIENTE; ✓ FÓSSULAS E FISSURAS PROFUNDAS; ✓ POUCO OU NENHUM USO DE FLÚOR; ✓ ALTA FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE AÇÚCARES; ✓ TRATAMENTO ORTODÔNTICO; ✓ BAIXO FLUXO SALIVAR; ✓ USO DE MAMADEIRA (ACIMA DE 2 ANOS).
ADULTOS	ADULTOS	ADULTOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ NENHUMA LESÃO DE CÁRIE NOS ÚLTIMOS 3 ANOS; ✓ RESTAURAÇÕES ADEQUADAS; ✓ BOA HIGIENE ORAL; ✓ BAIXA FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE AÇÚCARES; ✓ VISITAS REGULARES AO CIRURGIÃO-DENTISTA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 01 LESÃO DE CÁRIE NOS ÚLTIMOS 3 ANOS; ✓ RECESSÃO GENGIVAL; ✓ HIGIENE ORAL DEFICIENTE; ✓ FREQUÊNCIA MODERADA DE CONSUMO DE AÇÚCARES; ✓ MANCHAS BRANCAS; ✓ IMAGENS RADIOLÚCIDAS INTERPROXIMAIS; ✓ TRATAMENTO ORTODÔNTICO; ✓ VISITAS IRREGULARES AO CIRURGIÃO-DENTISTA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 02 OU MAIS LESÕES DE CÁRIE NOS ÚLTIMOS 3 ANOS; ✓ CÁRIE RADICULAR; ✓ VÁRIAS RECESSÕES GENGIVAIS; ✓ NENHUM USO DE FLÚOR; ✓ HIGIENE ORAL MUITO DEFICIENTE; ✓ ALTA FREQUÊNCIA DE CONSUMO DE AÇÚCARES; ✓ BAIXO FLUXO SALIVAR; ✓ RARAS VISITAS AO CIRURGIÃO-DENTISTA.

AÇÕES INDIVIDUAIS DE ACORDO COM O RISCO DE CÁRIE



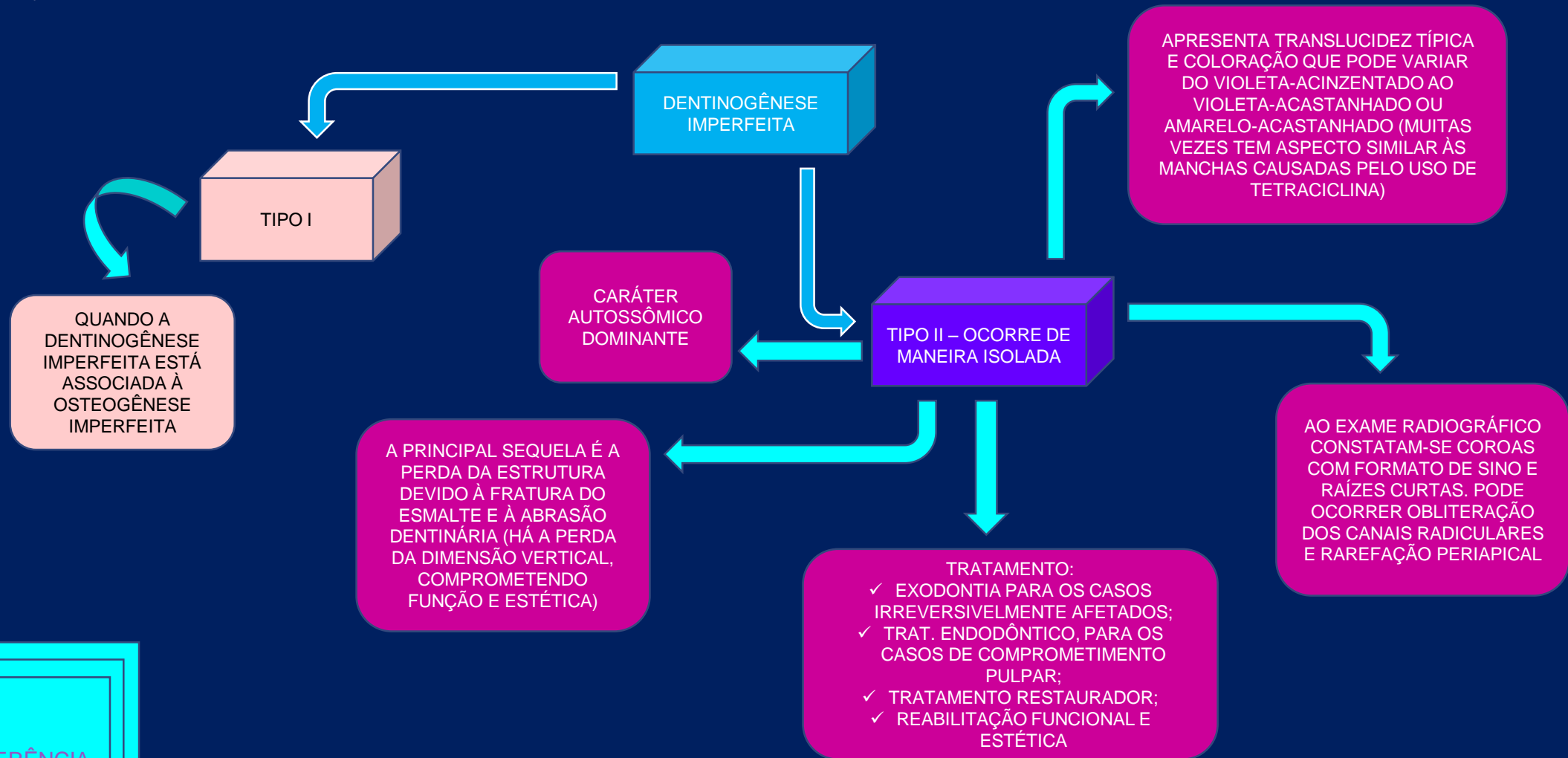


HIPOPLASIA DO ESMALTE

1. A HIPOPLASIA DO ESMALTE PODE SE APRESENTAR DE MANEIRA MENOS ACENTUADA, ATRAVÉS DE SULCOS HORIZONTAIS, DE COLORAÇÃO NORMAL, NAS SUPERFÍCIES VESTIBULARES DOS DENTES E DE MANEIRA MAIS EVIDENTE, COMO ESTRIAS MAIS PROFUNDAS, PROEMINENTES, ALTERANDO A COLORAÇÃO DO ESMALTE NORMAL E VARIANDO DE AMARELO PARDO AO NEGRO (SUGESTIVA DE UMA PERTURBAÇÃO PROLONGADA DA FUNÇÃO AMELOBLÁSTICA).
2. A AMELOGÊNESE IMPERFEITA SE CARACTERIZA POR DEFEITOS HEREDITÁRIOS DO ESMALTE SEM ASSOCIAÇÃO A QUAISQUER OUTROS DEFEITOS GENERALIZADOS. É UM DISTÚRBO EXCLUSIVAMENTE ECTODÉRMICO. OS COMPONENTES MESODÉRMICOS DO DENTE SE ENCONTRAM NORMAIS.
3. A HIPOPLASIA DE ESMALTE DECORRENTE DO EXCESSO DE FLUORETO FOI EVIDENCIADA EM CIDADES ONDE NÃO HOUVE O CONTROLE MENSAL DOS NÍVEIS DE FLUORETO NA ÁGUA DE ABASTECIMENTO. A QUANTIDADE DE FLÚOR EM ppm VARIA DE ACORDO COM A TEMPERATURA LOCAL (QUANTO MAIS ELEVADA FOR A TEMPERATURA, MENOR SERÁ A QUANTIDADE EM ppm POIS ESTIMA-SE UM CONSUMO MAIOR DE ÁGUA). ATUALMENTE EXISTE O CONTROLE MENSAL REALIZADO PELOS ÓRGÃOS COMPETENTES.
4. O TRATAMENTO PODE VARIAR DESDE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS PARA O CONTROLE DA SENSIBILIDADE A TRATAMENTO RESTAURADOR/REABILITADOR/ESTÉTICO.

ALTERAÇÕES NÃO CARIOSAS DA ESTRUTURA DENTAL: DENTINOGÊNESE IMPERFEITA

ÍNDICE



REFERÊNCIA

LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS

ÍNDICE

ABRASÃO

DESGASTE DE TECIDO DURO DECORRENTE DE FATORES MECÂNICOS EXTRÍNSECOS

ORIENTAR SOBRE A TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO, A FORÇA APLICADA E A FREQUÊNCIA

ORIENTAR SOBRE HÁBITOS NOCIVOS: USO DE PALITO, ABRIR GRAMPOS COM A BOCA

ORIENTAR O PACIENTE PARA NÃO REALIZAR MOVIMENTOS HORIZONTAIS AO ESCOVAR

EROSÃO

PERDA DE TECIDO DURO INDUZIDA QUIMICAMENTE POR PROCESSO DE DISSOLUÇÃO ÁCIDA SEM O ENVOLVIMENTO DE BACTÉRIAS

REALIZAR PESQUISA SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES, DISTÚRBIOS GÁSTRICOS, REGURGITAÇÃO (BULIMIA), RADIOTERAPIA, DISFUNÇÃO DE GLÂNDULAS SALIVARES E EXPOSIÇÃO A ÁCIDOS

ORIENTAR O PACIENTE A DIMINUIR A FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE ALIMENTOS E BEBIDAS ÁCIDAS

ORIENTAR O PACIENTE A NÃO ESCOVAR OS DENTES IMEDIATAMENTE APÓS O CONTATO COM O ÁCIDO (SEJA ATRAVÉS DO CONSUMO DE ALIMENTOS, DO REFLUXO OU DA REGURGITAÇÃO) PARA NÃO HAVER SINERGISMO DO EFEITO EROSIVO AO MECÂNICO

INDICAR TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO SUAVE COM DENTIFRÍCIOS NÃO ABRASIVOS E REALIZAR APLICAÇÃO COM FLUORETO NÃO ACIDULADO

ABFRAÇÃO

PERDA DE TECIDO DURO DEVIDO A TENSÕES RESULTANTES DE FORÇAS BIOMECÂNICAS EXERCIDAS SOBRE O DENTE

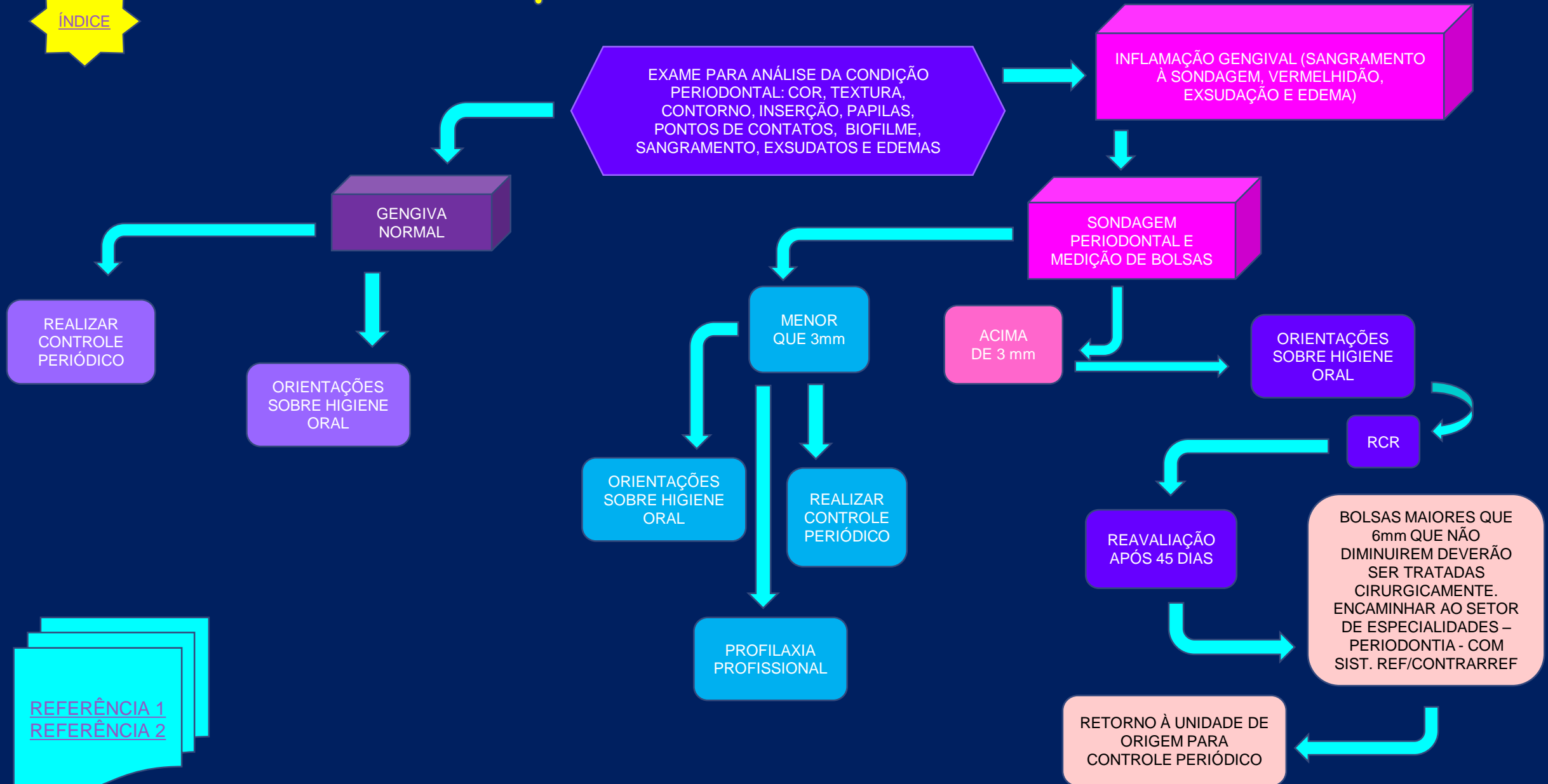
REALIZAR AJUSTE OCLUSAL E ELIMINAR HÁBITOS PARAFUNCIONAIS/ NOCIVOS. INDICAR PLACA, SE NECESSÁRIO

1. A ETIOLOGIA DAS LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS É MULTIFATORIAL. MUITAS VEZES HÁ O SINERGISMO E A PROGRESSÃO DA LESÃO OCORRE POR MAIS DE UM EFEITO (ABRASIVO E EROSIVO OU ABFRAÇÃO COM ABRASÃO). É ACONSELHÁVEL REALIZAR ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO PARA CONTROLE DA EVOLUÇÃO DAS LESÕES.
2. **TRATAMENTO PREVENTIVO (PARA O CONTROLE DA SENSIBILIDADE) E RESTAURADOR PODEM SER INDICADOS.**
3. SOLICITAR AVALIAÇÃO MÉDICA EM CASO DE SUSPEITA DE BULIMIA (EROSÕES DECORRENTES DO HÁBITO DA REGURGITAÇÃO).

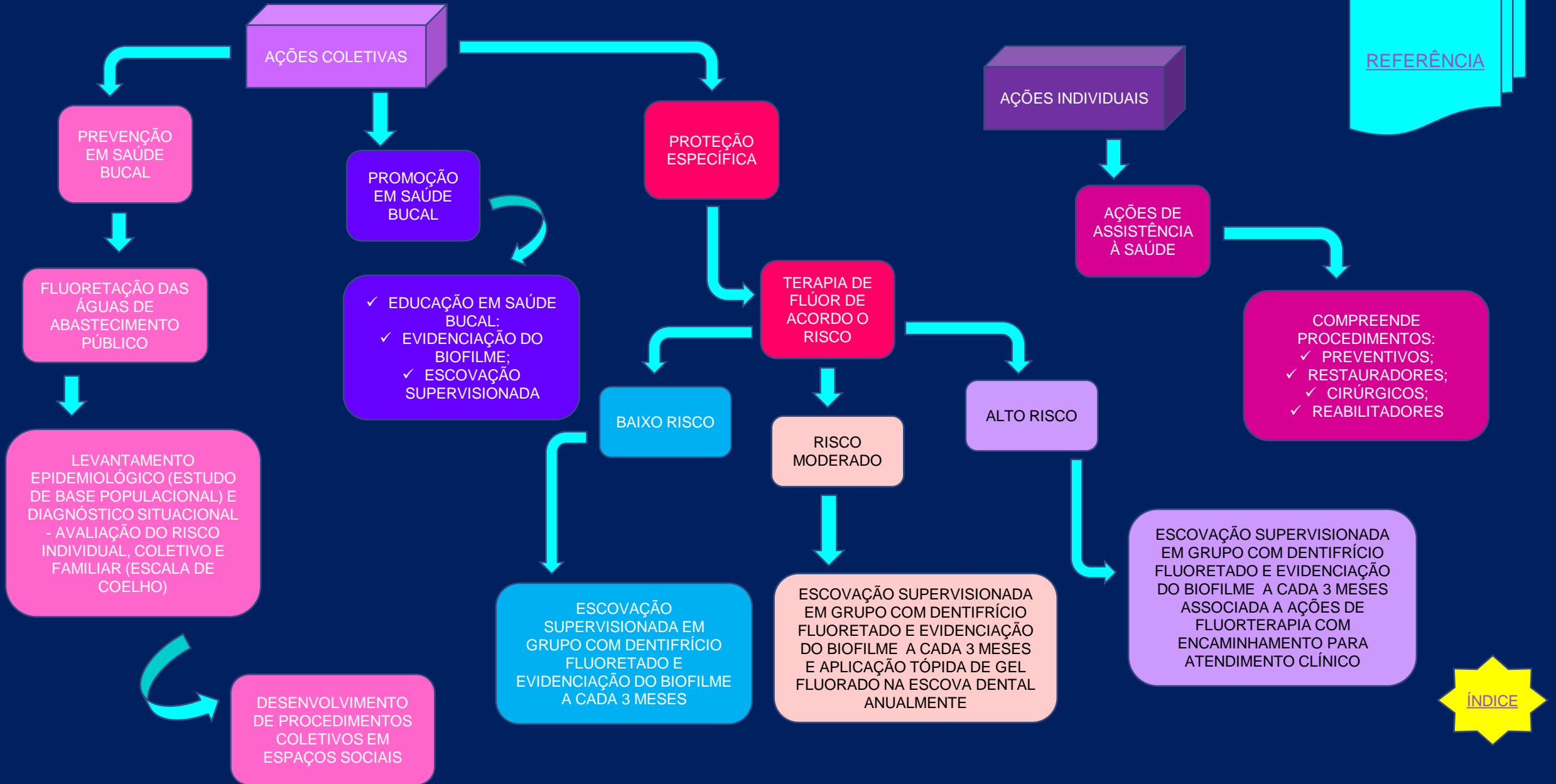
REFERÊNCIA

FLUXOGRAMA DOENÇA PERIODONTAL

ÍNDICE



FLUXOGRAMA AÇÕES EM SAÚDE BUCAL



REFERÊNCIA

ÍNDICE

CRITÉRIOS DE RISCO INDIVIDUAL						
RISCO	CÁRIE		DOENÇA PERIODONTAL		TECIDOS MOLES	
BAIXO	A	AUSÊNCIA DE LESÃO DE CÁRIE, SEM BIOFILME, GENGIVITE E/OU MANCHA BRANCA ATIVA	0	PERIODONTO SADIO	0	INDIVÍDUOS COM TECIDOS MOLES SADIOS
			X	AUSÊNCIA DE DENTES NO SEXTANTE		
MODERADO	B	HISTÓRIA DE DENTE RESTAURADO, SEM BIOFILME, GENGIVITE E/OU SEM MANCHA ATIVA	1	GENGIVITE	1	INDIVÍDUOS COM LESÕES SUSPEITAS
	C	UMA OU MAIS CAVIDADES EM SITUAÇÃO DE LESÃO DE CÁRIE CRÔNICA, MAS SEM BIOFILME, GENGIVITE E/OU SEM MANCHA ATIVA	2	CÁLCULO SUPRAGENGIVAL		
			B	SEQUELA DE DOENÇA PERIODONTAL ANTERIOR		
ALTO	D	PRESENÇA DE BIOFILME, GENGIVITE E/OU MANCHA ATIVA	6	CÁLCULO SUBGENGIVAL COM BOLSA, SEM MOBILIDADE E SEM MIGRAÇÃO	2	INDIVÍDUOS COM LESÕES DE ALTO RISCO
	E	UMA OU MAIS CAVIDADES EM SITUAÇÃO DE LESÃO DE CÁRIE AGUDA	8	MOBILIDADE IRREVERSÍVEL E PERDA DE FUNÇÃO		
	F	PRESENÇA DE DOR E/OU ABSCESSO				

CRITÉRIOS DE RISCO COLETIVO

- ✓ ACESSO À ÁGUA TRATADA
- ✓ ACESSO À FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO
- ✓ CPO-D ACIMA DA MÉDIA OU DE 3
- ✓ MORADOR DE MUNICÍPIO COM BAIXO IDH, ALTO IPRS, MORADOR DE BOLSÕES DE POBREZA
- ✓ ACESSO A PROGRAMAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

CRITÉRIOS DE RISCO FAMILIAR

- ✓ BAIXA RENDA
- ✓ MENOR GRAU DE ESCOLARIDADE MATERNA
- ✓ DESEMPREGO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS
- ✓ MAIOR CONCENTRAÇÃO DE HABITANTES NO DOMICÍLIO
- ✓ FALTA DE ACESSO A DENTIFRÍCIOS FLUORETADOS
- ✓ COMPARTILHAMENTO DE ESCOVA DENTAL
- ✓ HÁBITOS ALIMENTARES FAMILIARES PRIORIZANDO O ALTO CONSUMO DE SACAROSE E CARBOIDRATOS
- ✓ EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
- ✓ DESESTRUTURAÇÃO FAMILIAR
- ✓ CULTURA FAMILIAR

1. PARA A AVALIAÇÃO DE RISCO FAMILIAR UTILIZA-SE A ESCALA DE COELHO ATRAVÉS DE PONTUAÇÕES DE RISCO DE ACORDO COM A SITUAÇÃO ENCONTRADA NA FAMÍLIA (ACAMADO, DEFIC. FÍSICA, DEFIC. MENTAL, BAIXAS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO, DESNUTRIÇÃO GRAVE, DROGADIÇÃO, DESEMPREGO, ANALFABETISMO, HIPERTENSÃO, DIABETES MELLITUS, RELAÇÃO MORADOR/CÔMODO...)
2. A PARTIR DO ESCORE TOTAL OBTIDO PELA ESCALA DE COELHO ESTABELECE-SE O RISCO FAMILIAR (BAIXO, MÉDIO OU ALTO RISCO)



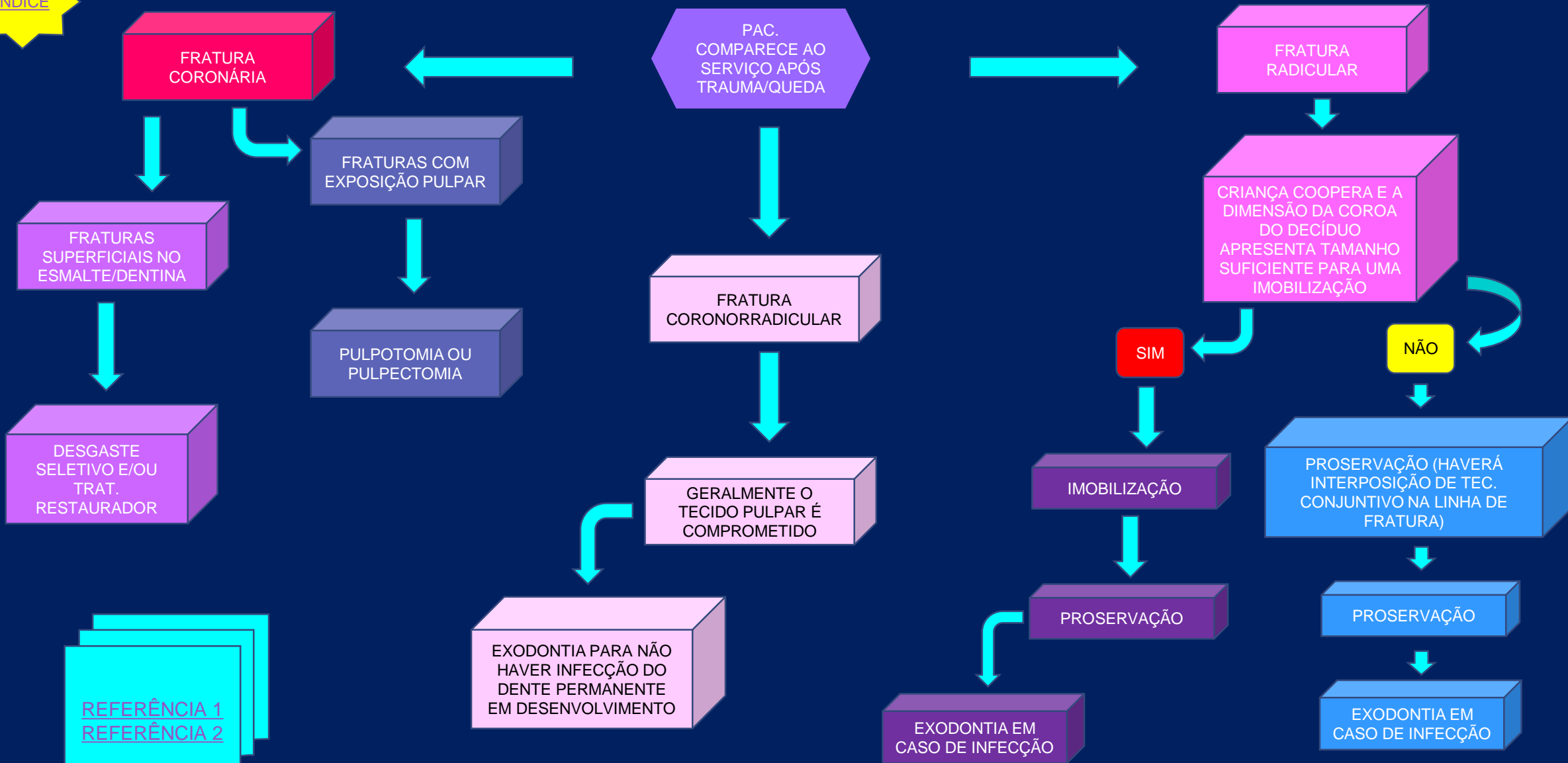
CRITÉRIOS DE FLUOROSE DENTAL

FLUOROSE DENTAL		
0	NORMAL	TRANSLUCIDEZ NORMAL DO ESMALTE
1	QUESTIONÁVEL	OCASIONAIS MANCHAS ESBRANQUIÇADAS
2	MUITO LEVE	ACOMETIMENTO MENOR OU IGUAL A 25%, OPACIDADES CLARAS COM 1-2mm NA PONTA DAS CÚSPIDES DE MOLARES (PICOS NEVADOS)
3	LEVE	ACOMETIMENTO MENOR OU IGUAL A 50%
4	MODERADA	ACOMETIMENTO DE TODO O ESMALTE DENTAL E DESGASTES NAS SUPERFÍCIES SUJEITAS À ATRIÇÃO. MANCHAS CASTANHAS OU AMARELAS DESFIGURANTES
5	SEVERA	HIPOPLASIA GENERALIZADA PODENDO AFETAR A FORMA DO DENTE. PRESENÇA DE DEPRESSÕES NO ESMALTE. MANCHAS CASTANHAS
9	SEM INFORMAÇÃO	IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO

MALOCCLUSÃO		
0	NORMAL	AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES OCLUSAIS ✓ APINHAMENTO MÍNIMO; ✓ SEM GIROVERSÃO
1	LEVE	ALTERAÇÃO NO ALINHAMENTO REGULAR ✓ GIROVERSÃO DE UM OU MAIS DENTES; ✓ LEVE APINHAMENTO OU ESPAÇAMENTO; ✓ MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNI OU BILATERAL; ✓ SOBREMORDIDA, TRESPASSE VERTICAL ACIMA DE 2mm
2	MODERADA/SEVERA	ALTERAÇÃO FACIAL E/OU FUNCIONAL ✓ TRESPASSE HORIZONTAL MAXILAR (OVERJET MAIOR OU IGUAL A 9mm); ✓ TRESPASSE HORIZONTAL MANDIBULAR (OVERJET NEGATIVO MAIOR OU IGUAL AO TAMANHO DE UM DENTE); ✓ MORDIDA ABERTA ANTERIOR, DESVIO DE LINHA MÉDIA MAIOR OU IGUAL A 4mm; ✓ APINHAMENTO OU ESPAÇAMENTO MAIOR OU IGUAL A 4mm
9	SEM INFORMAÇÃO	✓ IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAÇÃO

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA – 1ª PARTE

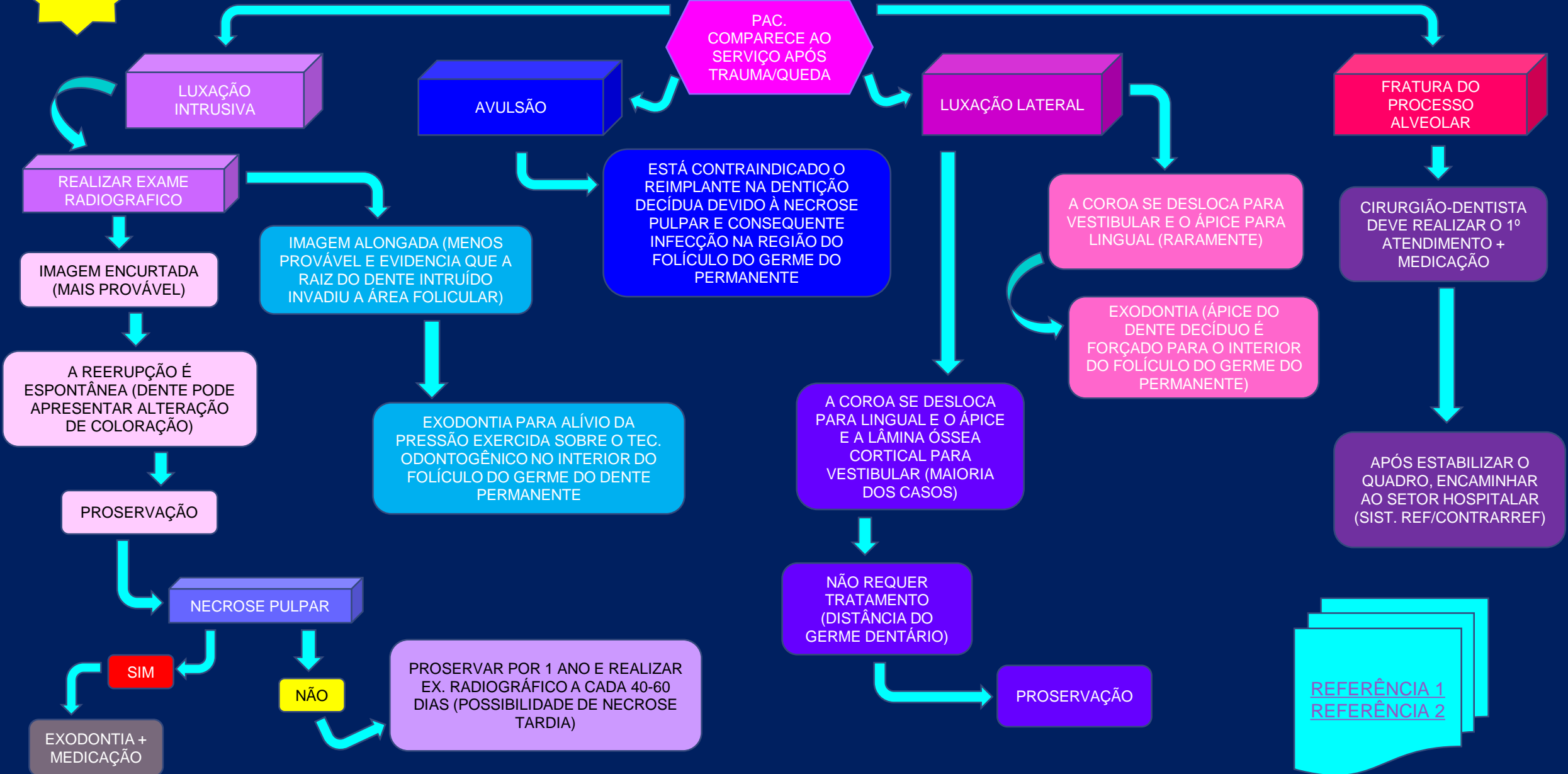
ÍNDICE



REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA – 2ª PARTE

ÍNDICE



REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

CUIDADOS NO MANEJO DO TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA

1. REALIZAR ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO. INFEÇÕES PODEM LEVAR À MÁ-FORMAÇÕES E À ALTERAÇÃO NA COLORAÇÃO DO DENTE PERMANENTE EM DESENVOLVIMENTO.
2. A CONDUTA FRENTE A QUALQUER TRAUMA NA DENTIÇÃO DECÍDUA DEVE VISAR A PRESERVAÇÃO DO DENTE PERMANENTE EM DESENVOLVIMENTO.

SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA (BATTERED-CHILD SYNDROME OU CHILD ABUSE)

ÍNDICE

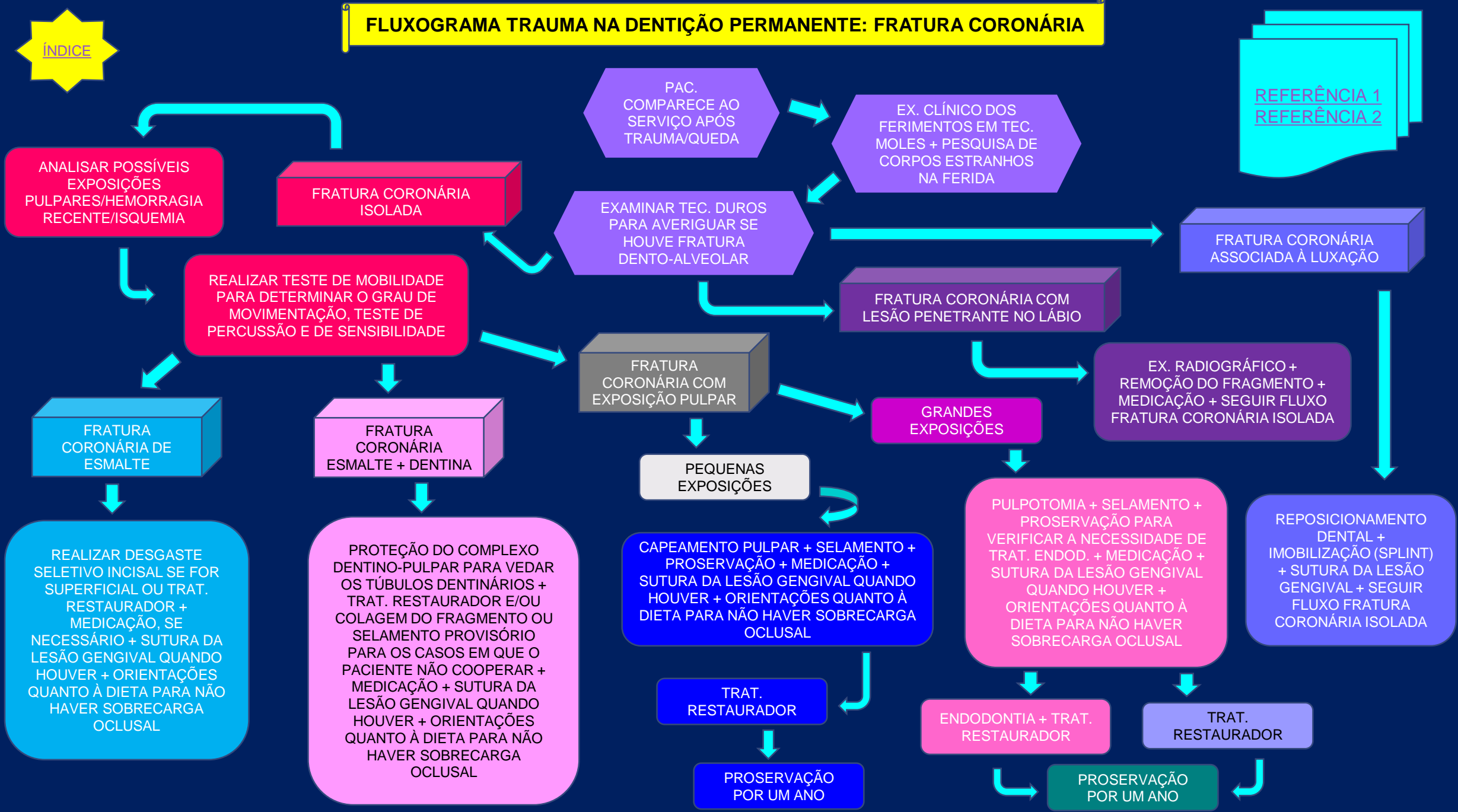
PAC. COMPARECE AO SERVIÇO
COM MÚLTIPLOS
FERIMENTOS/FRATURA DENTO-
ALVEOLAR/FRATURAS
FACIAIS/HEMATOMAS/FRATURAS
DENTAIS

À ANAMNESE CONSTATA-SE
INCONSISTÊNCIA ENTRE A
HISTÓRIA COLHIDA E OS
FERIMENTOS APRESENTADOS

ACIONAR ÓRGÃO COMPETENTE EM
CASO DE SUSPEITA DE AGRESSÃO,
REALIZAR O 1º ATENDIMENTO E
ENCAMINHAR AO SETOR
HOSPITALAR

1. A SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA FOI DESCRITA PELA PRIMEIRA VEZ NA LITERATURA NO INÍCIO DA DÉCADA DE 60 PELO PEDIATRA C. HENRY KEMPE (NOME DE BATISMO KARL HEINZ KEMPE). ATUALMENTE O TERMO MUNDIALMENTE UTILIZADO É CHILD ABUSE.
2. HÁ RELATOS NA LITERATURA (RAROS) DE SÍFILIS CONGÊNITA SIMULANDO A SÍNDROME DA CRIANÇA ESPANCADA. É IMPRESCINDÍVEL O CONHECIMENTO DAS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS PARA O CORRETO DIAGNÓSTICO.

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA CORONÁRIA



ÍNDICE

ANALISAR POSSÍVEIS EXPOSIÇÕES PULPARES/HEMORRAGIA RECENTE/ISQUEMIA

FRATURA CORONÁRIA ISOLADA

PAC. COMPARECE AO SERVIÇO APÓS TRAUMA/QUEDA

EX. CLÍNICO DOS FERIMENTOS EM TEC. MOLES + PESQUISA DE CORPOS ESTRANHOS NA FERIDA

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

EXAMINAR TEC. DUROS PARA AVERIGUAR SE HOUVE FRATURA DENTO-ALVEOLAR

FRATURA CORONÁRIA ASSOCIADA À LUXAÇÃO

REALIZAR TESTE DE MOBILIDADE PARA DETERMINAR O GRAU DE MOVIMENTAÇÃO, TESTE DE PERCUSSÃO E DE SENSIBILIDADE

FRATURA CORONÁRIA COM LESÃO PENETRANTE NO LÁBIO

FRATURA CORONÁRIA DE ESMALTE

FRATURA CORONÁRIA ESMALTE + DENTINA

FRATURA CORONÁRIA COM EXPOSIÇÃO PULPAR

EX. RADIOGRÁFICO + REMOÇÃO DO FRAGMENTO + MEDICAÇÃO + SEGUIR FLUXO FRATURA CORONÁRIA ISOLADA

GRANDES EXPOSIÇÕES

REALIZAR DESGASTE SELETIVO INCISAL SE FOR SUPERFICIAL OU TRAT. RESTAURADOR + MEDICAÇÃO, SE NECESSÁRIO + SUTURA DA LESÃO GENGIVAL QUANDO HOVER + ORIENTAÇÕES QUANTO À DIETA PARA NÃO HAVER SOBRECARGA OCLUSAL

PROTEÇÃO DO COMPLEXO DENTINO-PULPAR PARA VEDAR OS TÚBULOS DENTINÁRIOS + TRAT. RESTAURADOR E/OU COLAGEM DO FRAGMENTO OU SELAMENTO PROVISÓRIO PARA OS CASOS EM QUE O PACIENTE NÃO COOPERAR + MEDICAÇÃO + SUTURA DA LESÃO GENGIVAL QUANDO HOVER + ORIENTAÇÕES QUANTO À DIETA PARA NÃO HAVER SOBRECARGA OCLUSAL

PEQUENAS EXPOSIÇÕES

CAPEAMENTO PULPAR + SELAMENTO + PROSERVAÇÃO + MEDICAÇÃO + SUTURA DA LESÃO GENGIVAL QUANDO HOVER + ORIENTAÇÕES QUANTO À DIETA PARA NÃO HAVER SOBRECARGA OCLUSAL

TRAT. RESTAURADOR

PROSERVAÇÃO POR UM ANO

PULPOTOMIA + SELAMENTO + PROSERVAÇÃO PARA VERIFICAR A NECESSIDADE DE TRAT. ENDOD. + MEDICAÇÃO + SUTURA DA LESÃO GENGIVAL QUANDO HOVER + ORIENTAÇÕES QUANTO À DIETA PARA NÃO HAVER SOBRECARGA OCLUSAL

ENDODONTIA + TRAT. RESTAURADOR

PROSERVAÇÃO POR UM ANO

TRAT. RESTAURADOR

REPOSICIONAMENTO DENTAL + IMOBILIZAÇÃO (SPLINT) + SUTURA DA LESÃO GENGIVAL + SEGUIR FLUXO FRATURA CORONÁRIA ISOLADA

CUIDADOS NO MANEJO DA FRATURA CORONÁRIA NA DENTIÇÃO PERMANENTE

1. DENTES COM FRATURA CORONÁRIA DEVEM SER PROSERVADOS ATÉ O 1º ANO PÓS-TRAUMA DEVIDO À POSSIBILIDADE DE NECROSE TARDIA.
2. O PROGNÓSTICO DAS FRATURAS CORONÁRIAS DEPENDE DA PRESENÇA DE LESÃO ASSOCIADA AO LIGAMENTO PERIODONTAL, DA EXTENSÃO DA EXPOSIÇÃO DA DENTINA E DO GRAU DE COMPROMETIMENTO PULPAR.
3. EM CASO DE FRATURA DECORRENTE DE QUEDA, VERIFICAR A NECESSIDADE DE DOSE REFORÇO DE VACINA ANTITETÂNICA.

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA CORONORRADICULAR

ÍNDICE

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

PAC.
COMPARECE AO
SERVIÇO APÓS
TRAUMA/QUEDA

EX. CLÍNICO DOS
FERIMENTOS EM TEC.
MOLES + PESQUISA DE
CORPOS ESTRANHOS
NA FERIDA

EXAMINAR TEC. DUROS
PARA AVERIGUAR SE
HOUE FRATURA
DENTO-ALVEOLAR

FRATURA
CORONORRADICULAR COM
ENVOLVIMENTO PULPAR
EVIDENTE

FRATURA
CORONORRADICULAR SEM
ENVOLVIMENTO PULPAR
APARENTE

CONTER POSSÍVEL SANGRAMENTO +
REMOÇÃO DO FRAGMENTO MÓVEL +
ANÁLISE DO REMANESCENTE DA COROA
E DA PORÇÃO RADICULAR
(GENGIVECTOMIA INDICADA APENAS EM
FRATURAS PARA O LADO PALATINO)

CAPEAMENTO PULPAR OU
PULPOTOMIA + SELAMENTO +
MEDICAÇÃO + ORIENTAÇÕES QUANTO
À DIETA PARA NÃO HAVER
SOBRECARGA OCLUSAL +
PROSERVAÇÃO ATÉ A CICATRIZAÇÃO
DO TEC. GENGIVAL

CONTER POSSÍVEL SANGRAMENTO +
REMOÇÃO DO FRAGMENTO MÓVEL +
ANÁLISE DO REMANESCENTE DA COROA,
DA PORÇÃO RADICULAR (GENGIVECTOMIA
INDICADA APENAS EM FRATURAS PARA O
LADO PALATINO) E DO TEC. PULPAR

SELAMENTO PROVISÓRIO PARA VEDAR
OS TÚBULOS DENTINÁRIOS +
MEDICAÇÃO + ORIENTAÇÕES QUANTO À
DIETA PARA NÃO HAVER SOBRECARGA
OCLUSAL + PROSERVAÇÃO ATÉ A
CICATRIZAÇÃO DO TEC. GENGIVAL

TRAT. RESTAURADOR OU
ENDODÔNTICO-RESTAURADOR

PROSERVAÇÃO POR UM ANO

NECROSE PULPAR

SIM

NÃO

TRAT. ENDODÔNTICO-
RESTAURADOR

TRAT. RESTAURADOR +
PROSERVAÇÃO DA VITALIDADE
PULPAR POR UM ANO

PROSERVAÇÃO POR UM ANO

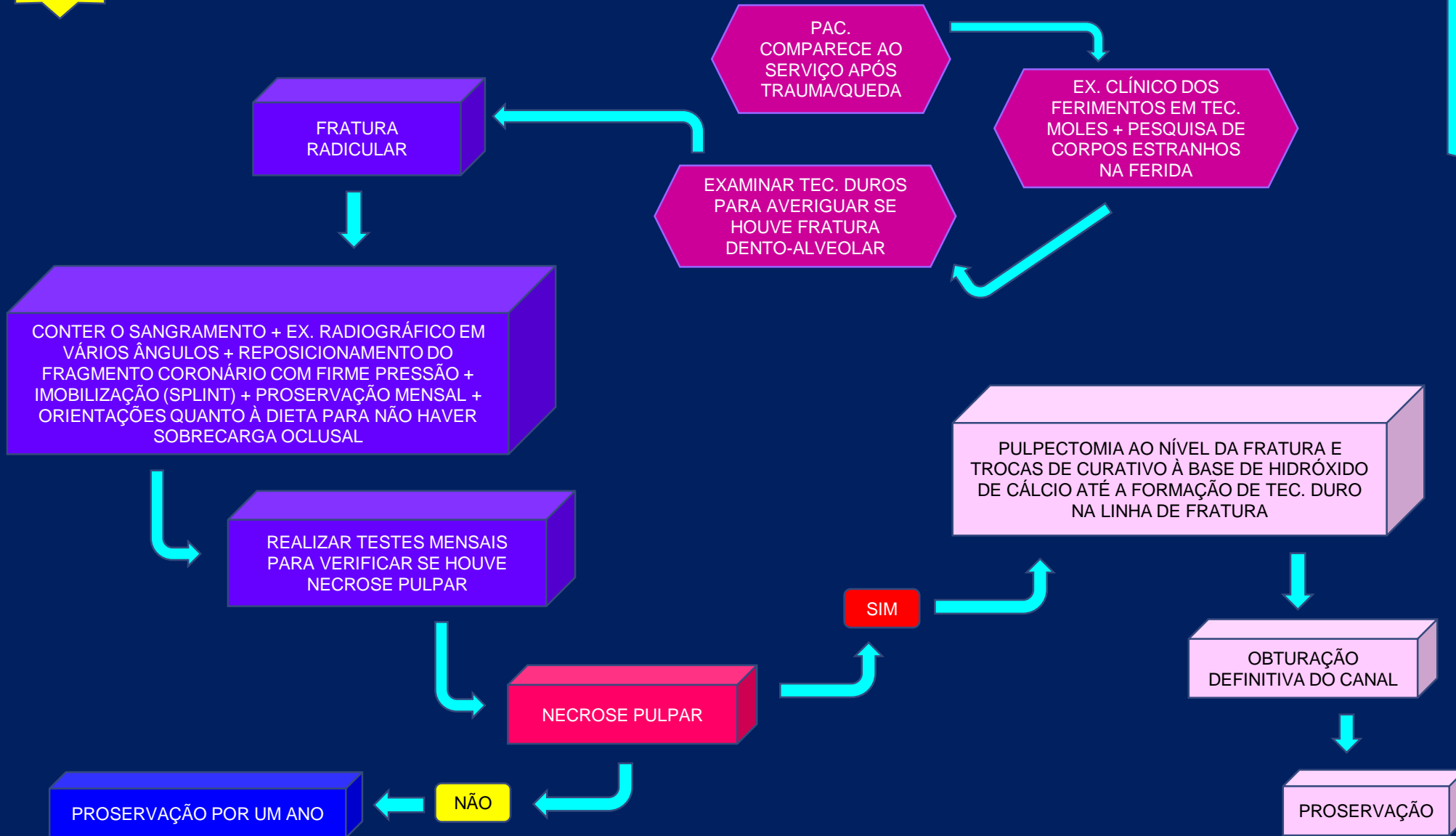
CUIDADOS NO MANEJO DA FRATURA CORONORRADICULAR NA DENTIÇÃO PERMANENTE

1. DENTES COM FRATURA CORONORRADICULAR DEVEM SER PROSERVADOS ATÉ O 1º ANO PÓS-TRAUMA.
2. O PROGNÓSTICO DAS FRATURAS CORONÁRIAS DEPENDE DA PRESENÇA DE LESÃO ASSOCIADA AO LIGAMENTO PERIODONTAL, DA EXTENSÃO DA EXPOSIÇÃO DA DENTINA E DO GRAU DE COMPROMETIMENTO PULPAR.
3. EM CASO DE FRATURA DECORRENTE DE QUEDA, VERIFICAR A NECESSIDADE DE DOSE REFORÇO DE VACINA ANTITETÂNICA.

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: FRATURA RADICULAR

ÍNDICE

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

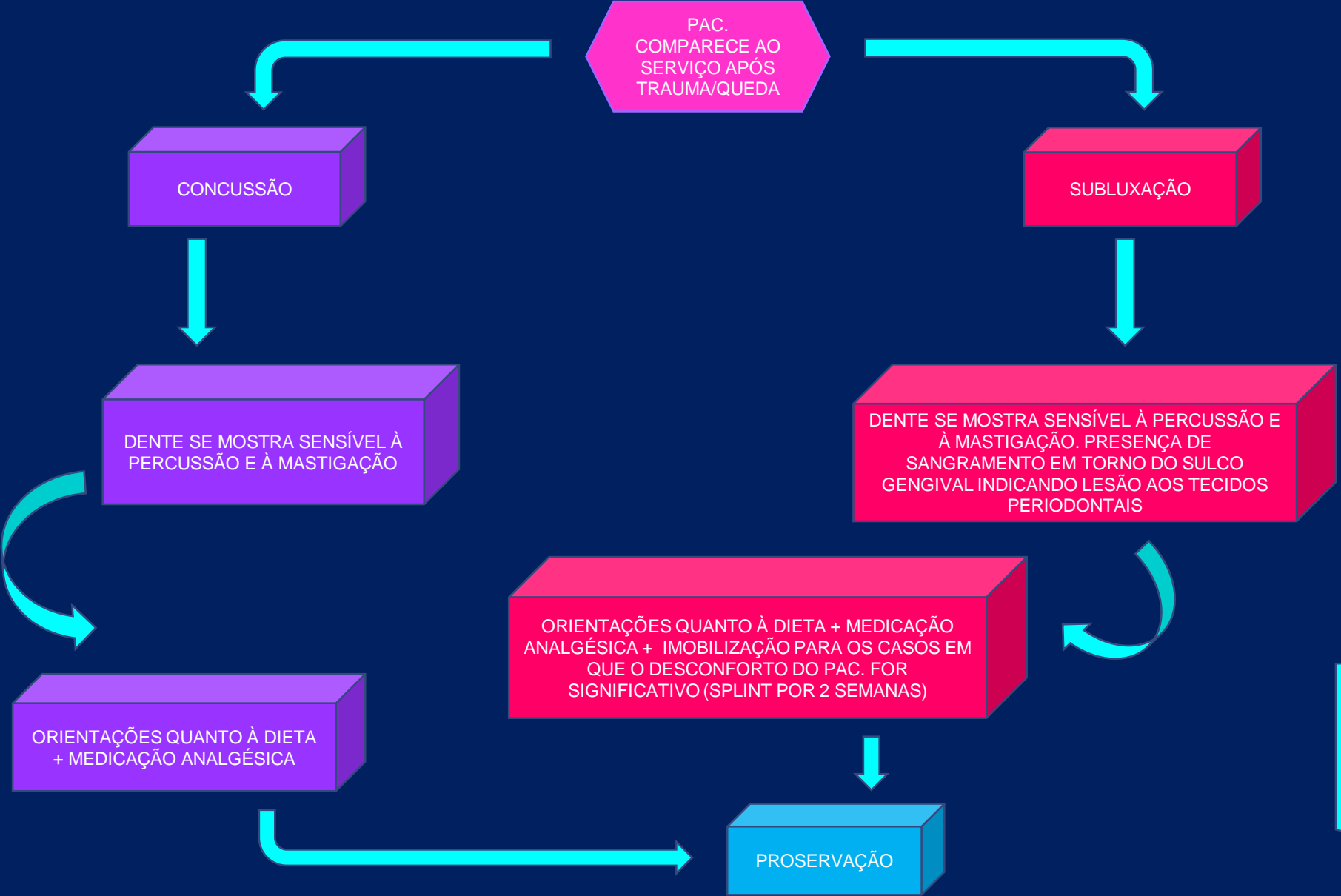


CUIDADOS NO MANEJO DA FRATURA RADICULAR NA DENTIÇÃO PERMANENTE

1. MUITOS CASOS NÃO EVOLUEM PARA NECROSE PULPAR PELA DISSIPAÇÃO DO IMPACTO ATRAVÉS DA LINHA DE FRATURA.
2. OS CASOS QUE EVOLUEM PARA NECROSE ESTÃO RELACIONADOS AO POSTERIOR DESLOCAMENTO DO FRAGMENTO CORONÁRIO.
3. EM CASO DE FRATURA DECORRENTE DE QUEDA, VERIFICAR A NECESSIDADE DE DOSE REFORÇO DE VACINA ANTITETÂNICA.

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: CONCUSSÃO E SUBLUXAÇÃO

ÍNDICE



REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

CUIDADOS NO MANEJO DA CONCUSSÃO E DA SUBLUXAÇÃO NA DENTIÇÃO PERMANENTE

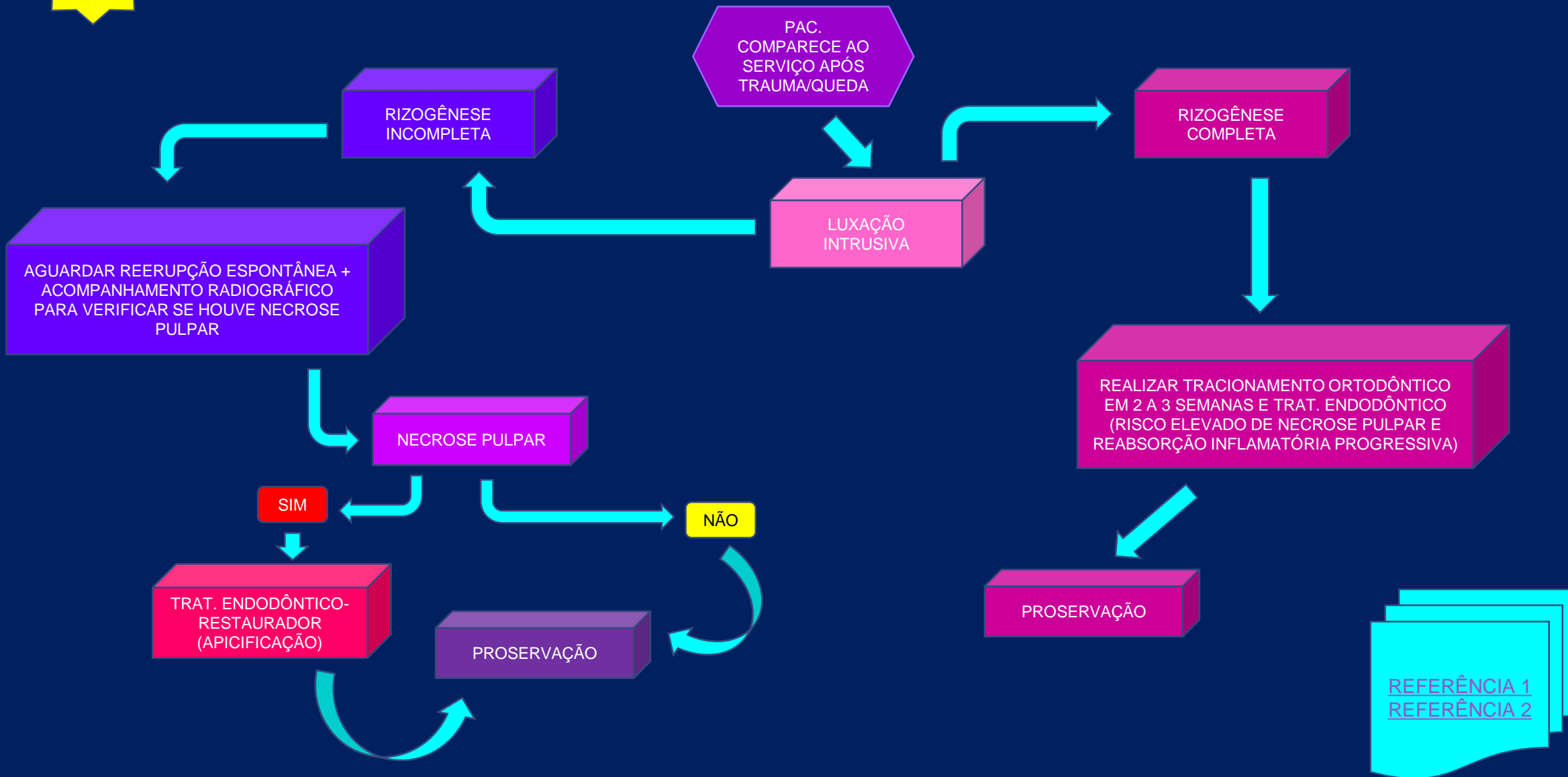
1. CONCUSSÃO E SUBLUXAÇÃO SÃO LESÕES MENORES DO LIGAMENTO PERIODONTAL E DO TEC. PULPAR DECORRENTES DE UM IMPACTO AGUDO.
2. O RISCO DE NECROSE PULPAR É MÍNIMO.
3. A IMOBILIZAÇÃO É PALIATIVA E NÃO É COMPROVADA A SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO.

CUIDADOS NO MANEJO DA LUXAÇÃO EXTRUSIVA E DA LUXAÇÃO LATERAL NA DENTIÇÃO PERMANENTE

1. NA LUXAÇÃO EXTRUSIVA E NA LUXAÇÃO LATERAL OCORRE UMA LESÃO PULPAR ASSOCIADA À PERIODONTAL.
2. HÁ UM GRANDE RISCO DE NECROSE EM AMBAS. FAZER PROSERVAÇÃO MENSAL E REALIZAR OS TESTES PARA COMPROVAÇÃO DE VITALIDADE PULPAR POR NO MÍNIMO UM ANO.

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: LUXAÇÃO INTRUSIVA

ÍNDICE



CUIDADOS NO MANEJO DA LUXAÇÃO INTRUSIVA NA DENTIÇÃO PERMANENTE

1. NA LUXAÇÃO INTRUSIVA HÁ EXTENSO DANO AO TEC. PULPAR E LIGAMENTO PERIODONTAL DECORRENTE DO IMPACTO APICAL.
2. APENAS DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA NÃO NECROSAM APÓS A LUXAÇÃO INTRUSIVA.
3. ALGUNS CASOS EVOLUEM PARA A NECROSE E NÃO REERUPCIONAM TOTALMENTE. PROSERVAR POR UM LONGO PERÍODO.

FLUXOGRAMA TRAUMA NA DENTIÇÃO PERMANENTE: AVULSÃO

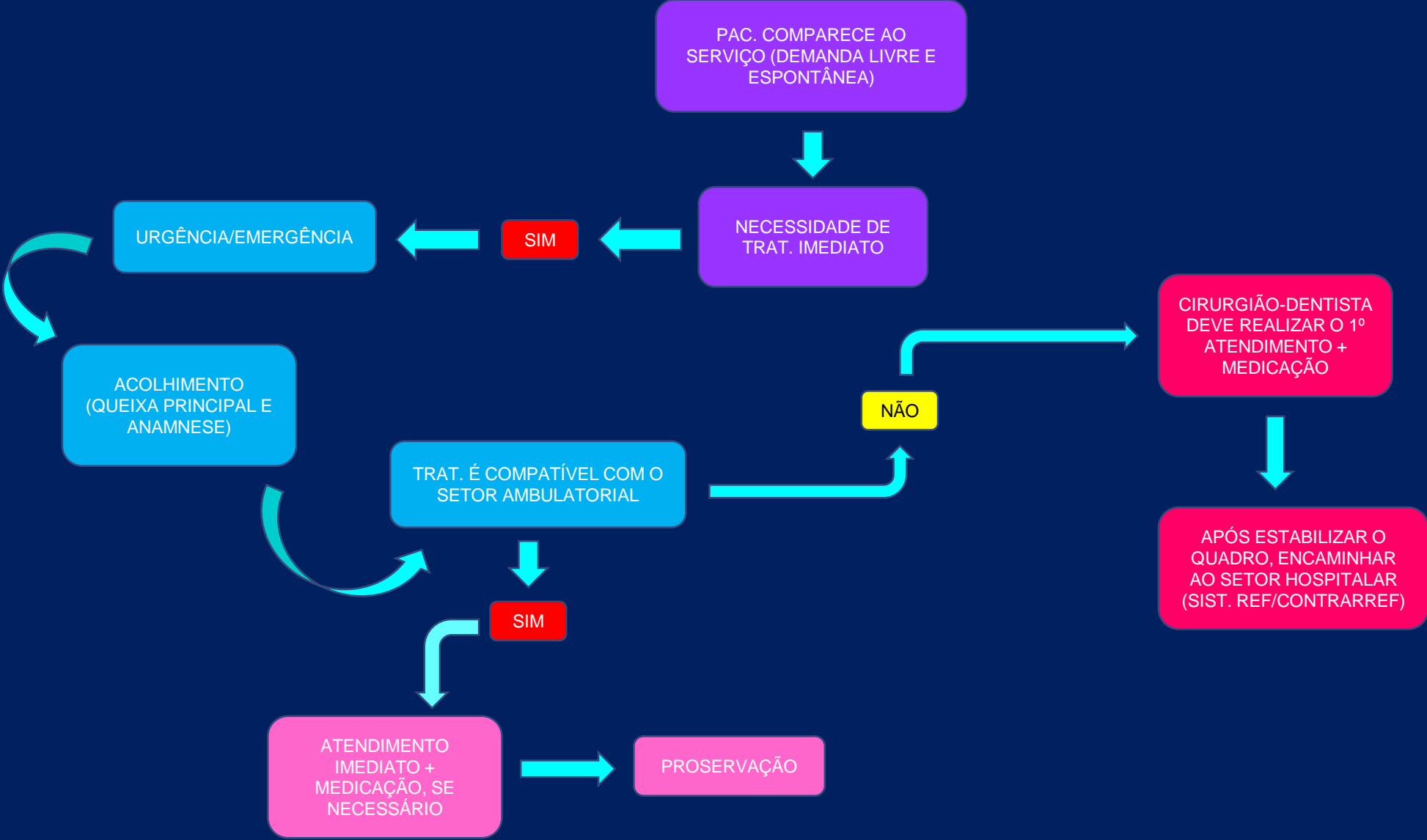
REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

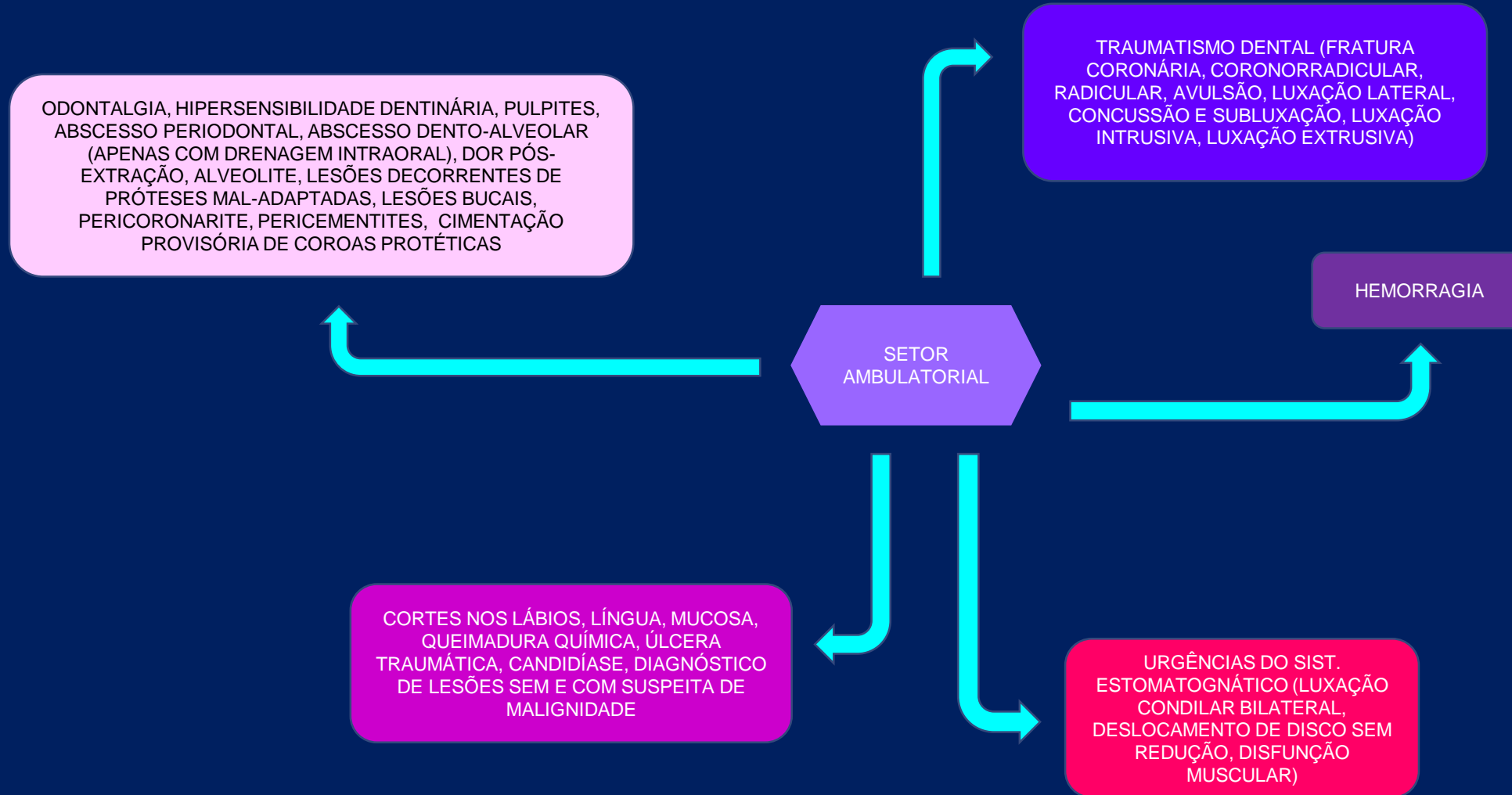
O SUCESSO DO REIMPLANTE DENTAL ESTÁ DIRETAMENTE RELACIONADO AO PERÍODO EXTRA-ALVEOLAR E AO MEIO DE CONSERVAÇÃO UTILIZADO ATÉ O SEU REIMPLANTE NO ALVÉOLO.

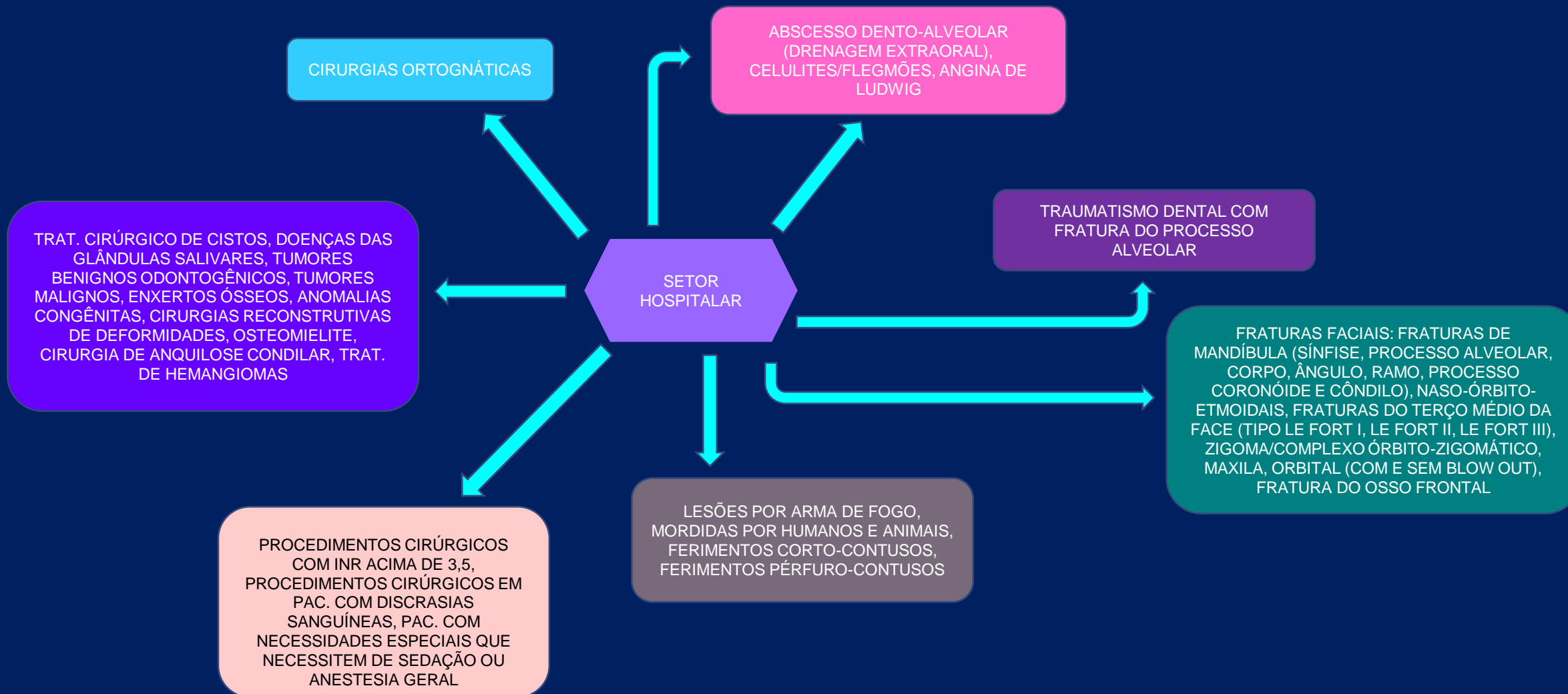




FLUXOGRAMA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



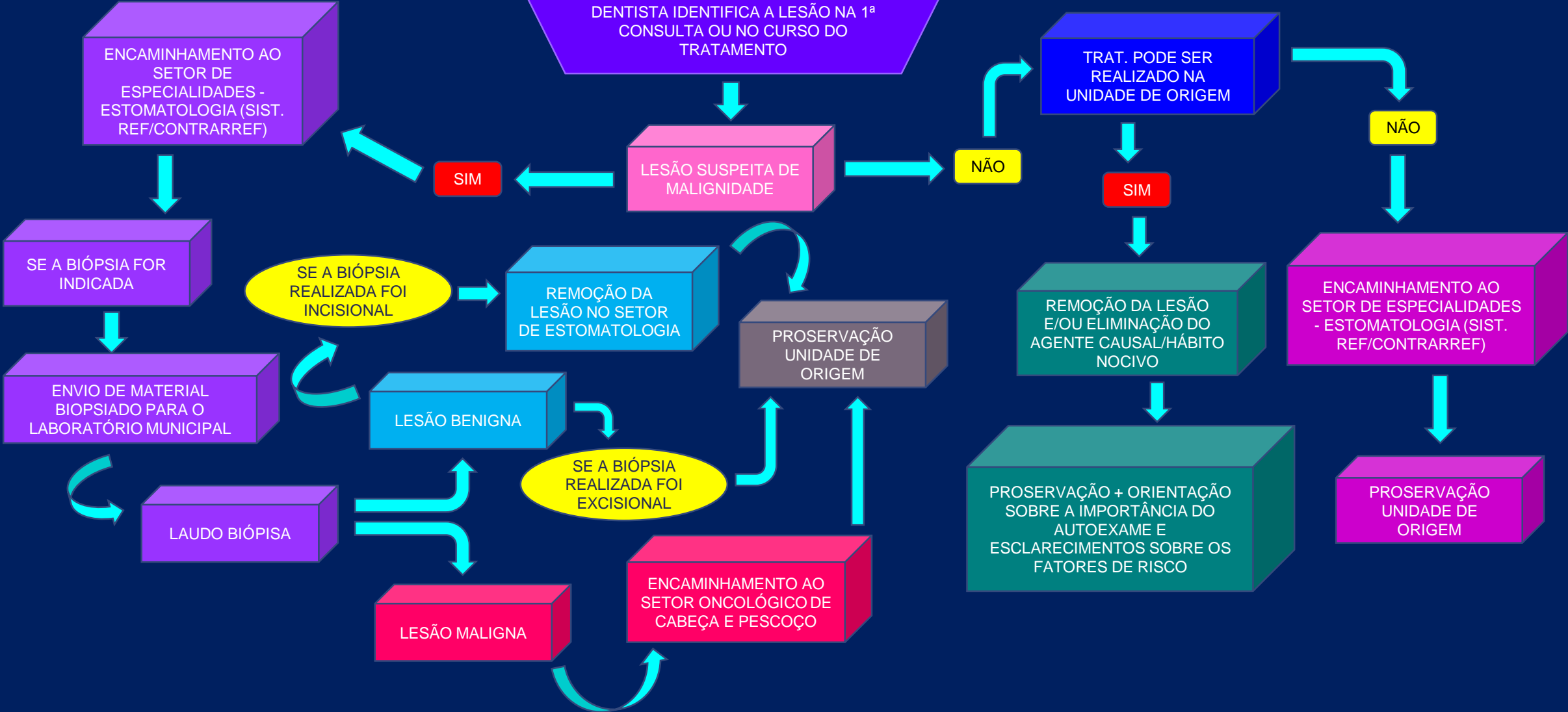






FLUXOGRAMA LESÕES BUCAIS

PAC. COMPARECE AO SERVIÇO ESPONTANEAMENTE, ENCAMINHADO POR ALGUM MEMBRO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR OU O CIRURGIÃO-DENTISTA IDENTIFICA A LESÃO NA 1ª CONSULTA OU NO CURSO DO TRATAMENTO



FLUXOGRAMA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

ÍNDICE

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

CAMPANHA DE
PREVENÇÃO DO
CÂNCER BUCAL

PÚBLICO ALVO: PAC. ACIMA
DE 60 ANOS E PAC. ABAIXO
DE 60 ANOS DE RISCO
(HISTÓRICO FAMILIAR DE
CÂNCER, TABAGISTAS,
ETILISTAS, HPV...)

REUNIR OS PACIENTES EM GRUPO E
REALIZAR PALESTRAS EDUCATIVAS PARA
CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA
DO AUTOEXAME, ORIENTAÇÕES SOBRE A
HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES, CONSERVAÇÃO
E PERIODICIDADE DE TROCA, ORIENTAÇÕES
QUANTO A HÁBITOS/FATORES QUE PODEM
PREDISPOR AO CÂNCER BUCAL E QUANTO À
IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE
(DISTRIBUIÇÃO DE PANFLETOS EDUCATIVOS)

PREENCHER
FICHA 01

CIRURGIÃO-DENTISTA
REALIZA EXAME
CLÍNICO CRITERIOSO
EM LOCAL COM BOA
ILUMINAÇÃO PARA
AVALIAÇÃO DOS TEC.
MOLES

PREENCHER
FICHA 02

PAC. SEM LESÃO
(CÓDIGO 0)

PAC. COM LESÃO COM
SUSPEITA DE MALIGNIDADE
(CÓDIGO 2)

PREENCHER
FICHA 03

TOTALIZAR OS DADOS DA UNIDADE E ENCAMINHAR À SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA - SESAP

PAC. COM LESÃO SEM
SUSPEITA DE MALIGNIDADE
(CÓDIGO 1)

PREENCHER
FICHA 03

ENCAMINHAMENTO AO
SETOR DE
ESPECIALIDADES –
ESTOMATOLOGIA (SIST.
REF/CONTRARREF) – DE
ACORDO COM O
CALENDÁRIO
ORGANIZADO PELO
ESPECIALISTA

PROSERVAÇÃO
UNIDADE DE
ORIGEM



CRITÉRIOS PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DOS TECIDOS MOLES

ÍNDICE

REFERÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	INDIVÍDUOS COM TECIDOS MOLES SADIOS
RISCO MODERADO	1	INDIVÍDUOS COM ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES SEM SUSPEITA DE MALIGNIDADE (ALTERAÇÕES NÃO LISTADAS NO CÓDIGO 2)
ALTO RISCO	2	INDIVÍDUOS COM ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES COM SUSPEITA DE MALIGNIDADE: ÚLCERAS INDOLORES COM MAIS DE 14 DIAS DE EVOLUÇÃO, COM BORDAS ELEVADAS E BASE LIGEIRAMENTE ENDURECIDA OU NÃO, LESÕES BRANCAS OU ENEGRECIDAS, ÁREAS ULCERADAS, LESÕES AVERMELHADAS COM MAIS DE 14 DIAS DE EVOLUÇÃO, COM CONTORNOS DEFINIDOS E LIMITES NÍTIDOS SUGERINDO ERITROPLASIA, LESÕES VEGETATIVAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO, LISAS, GRANULADAS, VERRUCOSAS OU ULCERADAS

RESOLUÇÃO RECOMENDADA PELA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SS – 159 DE 23/05/2007.

CAMPANHA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL – RESUMO DAS ETAPAS

1. REUNIR OS PACIENTES EM GRUPO E REALIZAR PALESTRAS EDUCATIVAS PARA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO AUTOEXAME, ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENIZAÇÃO DE PRÓTESES, CONSERVAÇÃO E PERIODICIDADE DE TROCA, ORIENTAÇÕES QUANTO A HÁBITOS/FATORES QUE PODEM PREDISPOR AO CÂNCER BUCAL E QUANTO À IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE (DISTRIBUIÇÃO DE PANFLETOS EDUCATIVOS).
2. PREENCHER A FICHA 01 – LISTA DE PRESENÇA NOS GRUPOS DE ORIENTAÇÕES.
3. REALIZAR EXAME CRITERIOSO NOS PACIENTES EM LOCAL COM BOA ILUMINAÇÃO.
4. PREENCHER A FICHA 02 – FICHA CONTENDO OS SEGUINTE DADOS: NOME DO PACIENTE, IDADE, AVALIAÇÃO DOS TECIDOS MOLES (CÓDIGOS 0,1,2), NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, NECESSIDADE DE PRÓTESE E TOTALIZAR OS DADOS NAS TABELAS NO FINAL DE CADA FICHA (TOTALIZAÇÃO POR FICHA).
5. PARA PACIENTES QUE APRESENTAREM ALGUM TIPO DE LESÃO (CÓDIGOS 1 E 2), PREENCHER A FICHA 03 – FICHA CONTENDO NOME DO PACIENTE, DATA DA TRIAGEM, LOCALIZAÇÃO DA LESÃO E DESCRIÇÃO, TELEFONE PARA CONTATO DO PACIENTE E Nº DO CARTÃO SUS.
6. AGENDAR OS PACIENTES SELECIONADOS NA FICHA 03 PARA O SETOR DE ESPECIALIDADES – ESTOMATOLOGIA – DE ACORDO COM CALENDÁRIO ORGANIZADO PELO ESPECIALISTA
7. TOTALIZAR OS DADOS DA UNIDADE E ENVIAR PARA A SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA – SESAP.

FLUXOGRAMA BEBÊ - 1ª PARTE

ÍNDICE

PROMOÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADES EDUCATIVAS DESDE O PRÉ-NATAL

CONSCIENTIZAR A MÃE SOBRE O SEU PAPEL NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE SEU FILHO

ORIENTAR SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO DESENVOLVIMENTO DO SIST. ESTOMATOGNÁTICO (CRESCIMENTO FACIAL, FALA, DEGLUTIÇÃO, OCLUSÃO E RESPIRAÇÃO NASAL), NO SIST. IMUNOLÓGICO E AFETIVO-EMOCIONAL

EXPLICAR SOBRE A PREVENÇÃO DA CÁRIE POR MEIO DA DIETA (FREQUÊNCIA RESTRITA NO CONSUMO DE ALIMENTOS CARIOGÊNICOS)

ALERTAR SOBRE HÁBITOS NOCIVOS E PARAFUNCIONAIS

- ✓ ACRÉSCIMO DE AÇÚCAR NO LEITE;
- ✓ AMAMENTAÇÃO NOTURNA SEM ESCOVAÇÃO (CÁRIE RAMPANTE OU DE MAMADEIRA);
- ✓ USO DE CHUPETAS;
- ✓ SUÇÃO DO POLEGAR;
- ✓ AUSÊNCIA DE HIGIENE ORAL;
- ✓ COMPARTILHAMENTO DE TALHERES;
- ✓ BEIJAR A CRIANÇA NA BOCA (TRANSMISSIBILIDADE DA CÁRIE)

LIMPEZA DA BOCA

ANTES DA IRRUPÇÃO DOS DENTES

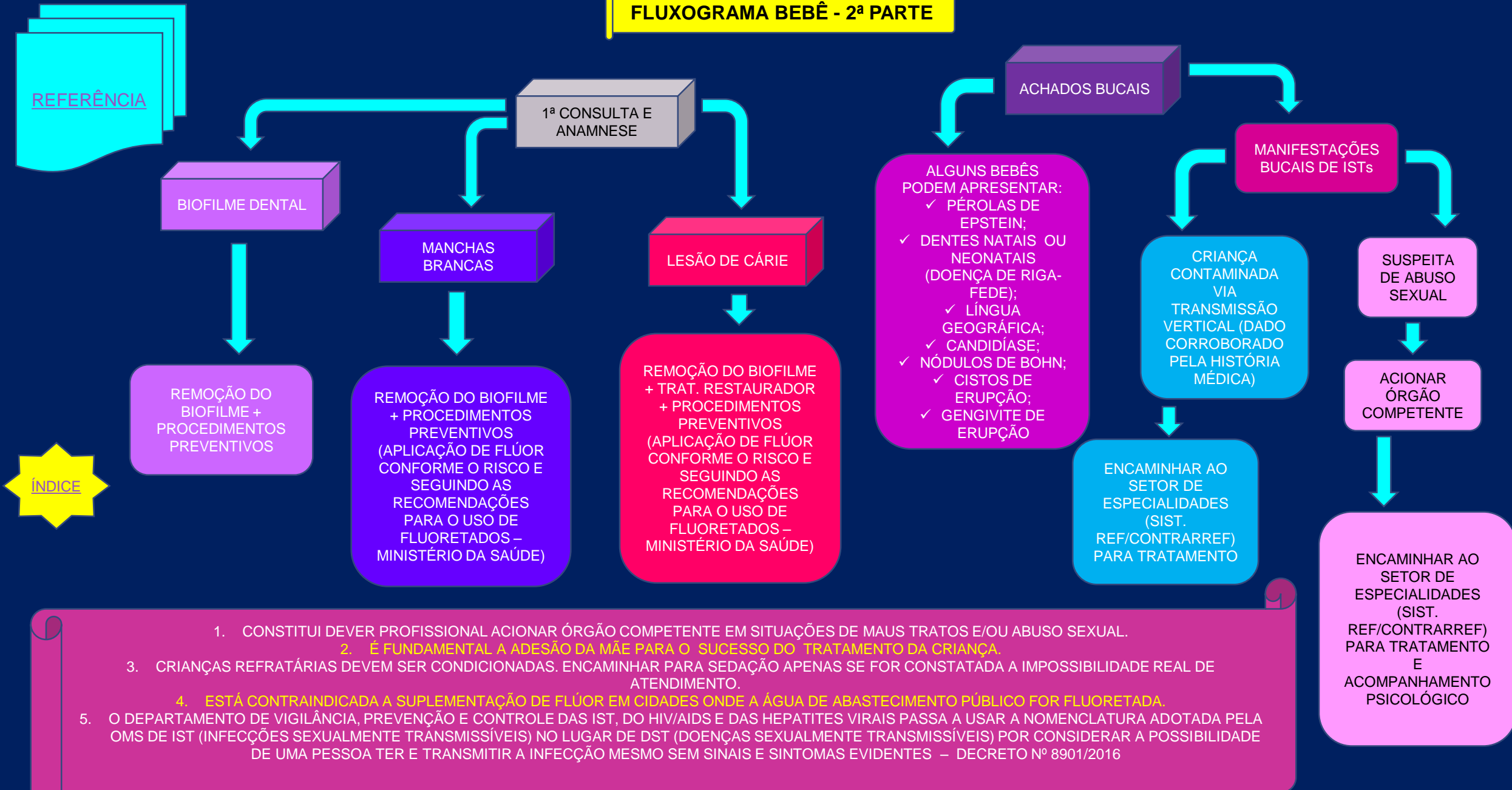
FRALDA LIMPA OU GAZE EMBEBIDA PARA ESTE ÚNICO FIM EM ÁGUA FILTRADA OU FERVIDA, OU EM SORO FISIOLÓGICO. A LIMPEZA DA CAVIDADE BUCAL NESTE CASO TEM POR OBJETIVO REMOVER O LEITE ESTAGNADO E ACOSTUMAR O BEBÊ À MANIPULAÇÃO DA BOCA

APÓS A IRRUPÇÃO DOS DENTES

ESCOVAÇÃO COM DEDEIRA DE SILICONE OU ESCOVA DENTAL INFANTIL COM DENTIFRÍCIO EM QUANTIDADE ÍNFIMA ("GRÃO DE ARROZ") E USO DO FIO DENTAL

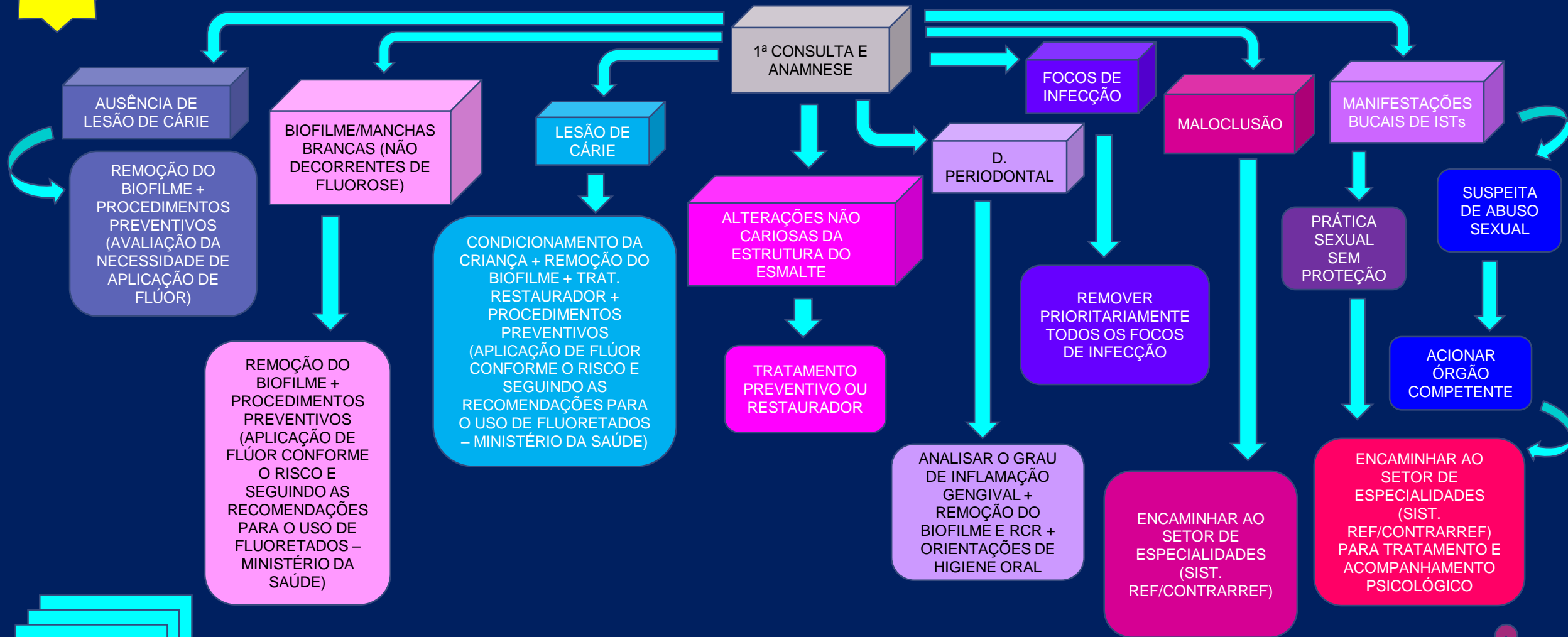
REFERÊNCIA

FLUXOGRAMA BEBÊ - 2ª PARTE



FLUXOGRAMA CRIANÇAS/ADOLESCENTES

ÍNDICE



REFERÊNCIA

1. CONSTITUI DEVER PROFISSIONAL ACIONAR ÓRGÃO COMPETENTE EM SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS E/OU ABUSO SEXUAL.
2. SEGUIR FLUXO PADRÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO COM TRATAMENTO PROGRAMADO E AVALIAÇÃO DE RISCO.
3. O DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS PASSA A USAR A NOMENCLATURA ADOTADA PELA OMS DE IST (INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS) NO LUGAR DE DST (DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS) POR CONSIDERAR A POSSIBILIDADE DE UMA PESSOA TER E TRANSMITIR A INFECÇÃO MESMO SEM SINAIS E SINTOMAS EVIDENTES – DECRETO Nº 8901/2016

CUIDADOS NO MANEJO DE CRIANÇAS

DENTIÇÃO DECÍDUA

1. REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL COM DEMONSTRAÇÃO EM MACROMODELOS E ENSINO DE TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO ADEQUADA À IDADE.
2. ORIENTAR A MÃE SOBRE O SEU PAPEL NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE SEU FILHO. A MÃE DEVE PERMITIR QUE A CRIANÇA ESCOVE SOZINHA PRIMEIRAMENTE PARA DESENVOLVER A COORDENAÇÃO MOTORA E ESCOVAR A SEGUIR PARA GARANTIR A HIGIENE ORAL ADEQUADA.
3. ORIENTAR SOBRE OS HÁBITOS DELETÉRIOS/PARAFUNCIONAIS E SEUS EFEITOS NOCIVOS PARA A OCLUSÃO (CHUPAR DEDO, CHUPETA, MORDISCAR LÁBIO OU BOCHECHA).
4. ORIENTAR A MÃE SOBRE OS ALIMENTOS CARIOGÊNICOS E A IMPORTÂNCIA NA REDUÇÃO DA FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE AÇÚCARES.
5. REALIZAR MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA CONTROLE DO BIOFILME DENTAL.

CUIDADOS NO MANEJO DE CRIANÇAS, PRÉ-ADOLESCENTES E ADOLESCENTES (INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA)

DENTIÇÃO MISTA

1. REALIZAR ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL COM DEMONSTRAÇÃO EM MACROMODELOS E ENSINO DE TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO ADEQUADA À IDADE.
2. ORIENTAR A MÃE SOBRE O SEU PAPEL NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE SEU FILHO.
3. REALIZAR RETORNOS PERIÓDICOS PARA ACOMPANHAMENTO DA ESFOLIAÇÃO E TROCA DE DENTIÇÃO E DO CRESCIMENTO FACIAL.
4. ORIENTAR A MÃE SOBRE OS ALIMENTOS CARIOGÊNICOS E A IMPORTÂNCIA NA REDUÇÃO DA FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE AÇÚCARES.
5. REALIZAR MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA CONTROLE DO BIOFILME DENTAL.
6. É ACONSELHÁVEL QUE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PRÁTICA DE ESPORTES COM RISCO DE TRAUMA UTILIZEM PROTETORES BUCAIS.
7. ORIENTAR SOBRE AS ALTERAÇÕES HORMONAIS DECORRENTES DA PUBERDADE E SEUS EFEITOS POTENCIALIZADORES DE INFLAMAÇÃO GENGIVAL EM PACIENTES COM HIGIENE ORAL DEFICIENTE.

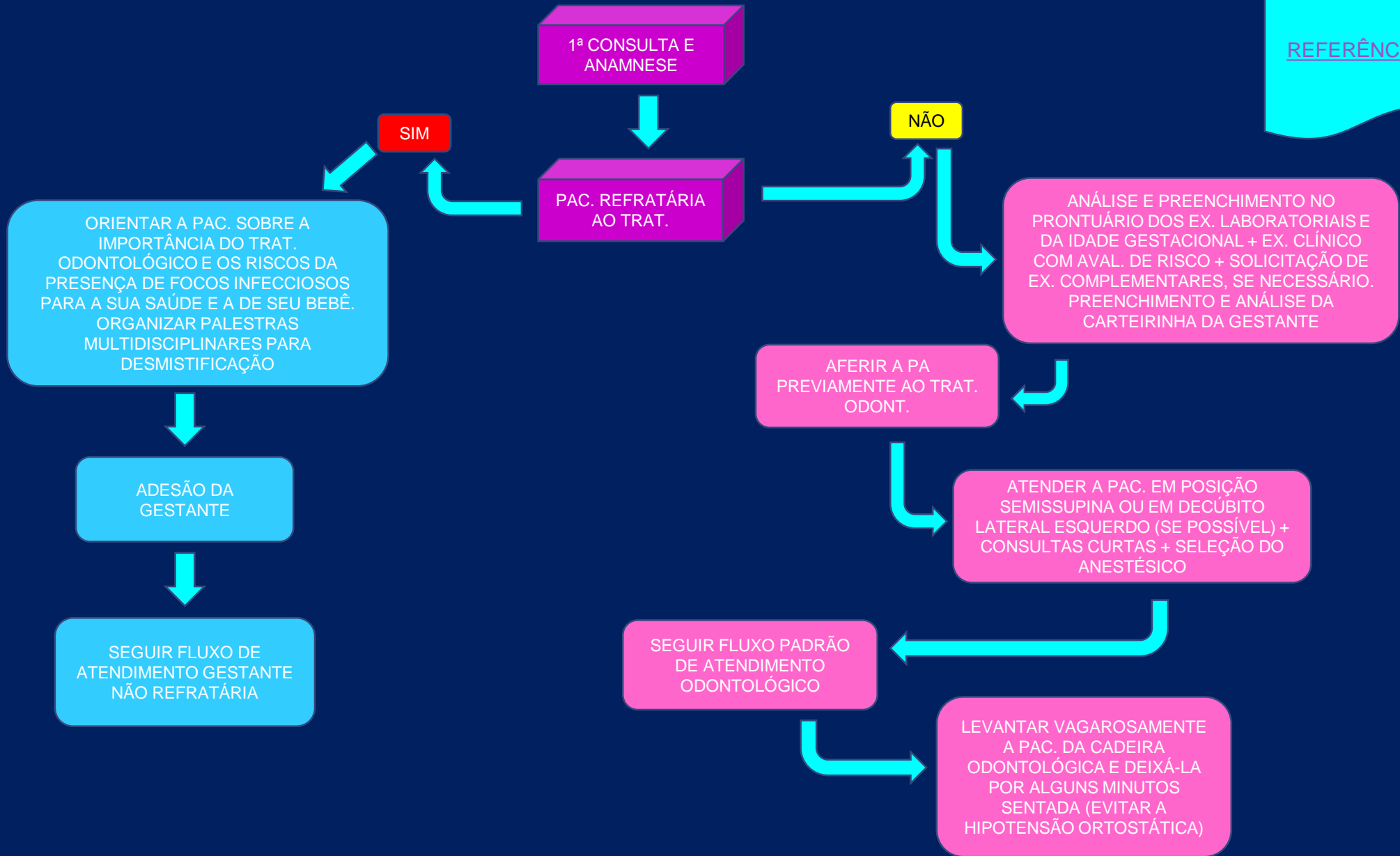
CUIDADOS NO MANEJO DE ADOLESCENTES

DENTIÇÃO PERMANENTE

1. REFORÇAR A IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL. AVERIGUAR SE A TÉCNICA DE ESCOVAÇÃO ESTÁ SATISFATÓRIA E SE O USO DO FIO DENTAL É DIÁRIO E A CADA REFEIÇÃO.
2. ORIENTAR A MÃE SOBRE O SEU PAPEL NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE SEU FILHO.
3. ORIENTAR QUANTO À DIETA E O CONSUMO EXCESSIVO DE REFRIGERANTES E ISOTÔNICOS (EROSÃO DENTAL).
4. ADVERTIR SOBRE OS RISCOS DO FUMO, ÁLCOOL E PIERCING LINGUAL.
5. REALIZAR MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA CONTROLE DO BIOFILME DENTAL.
6. É ACONSELHÁVEL QUE ADOLESCENTES EM PRÁTICA DE ESPORTES COM RISCO DE TRAUMA UTILIZEM PROTETORES BUCAIS.
7. ORIENTAR SOBRE AS ALTERAÇÕES HORMONAIS DECORRENTES DA PUBERDADE E SEUS EFEITOS POTENCIALIZADORES DE INFLAMAÇÃO GENGIVAL EM PACIENTES COM HIGIENE ORAL DEFICIENTE.
8. ESTAR ATENTO AO DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES (SOBRETUDO A BULIMIA). A PRÁTICA DE REGURGITAÇÃO PROMOVE A EROSIÃO DENTAL E MUITAS VEZES O CIRURGIÃO-DENTISTA REALIZA O DIAGNÓSTICO PRECOCE.
9. ADOLESCENTES MUITAS VEZES SÃO REFRAATÓRIOS À CONTINUIDADE DO TRATAMENTO. ESTABELECE UM VÍNCULO PARA ASSEGURAR A ADEÇÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.
10. O CIRURGIÃO-DENTISTA PODE REALIZAR O DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ISTs QUE APRESENTAM MANIFESTAÇÕES BUCAIS.



FLUXOGRAMA GESTANTES



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES GESTANTES

1. CIRURGIAS ELETIVAS DEVEM SER ADIADAS PARA DEPOIS DO PARTO.
2. EVITAR ANESTÉSICOS COM VASOCONSTRITOR FELIPRESSINA (OCTAPRESSIN) QUE PODEM INDUZIR AO AUMENTO DAS CONTRAÇÕES UTERINAS (SEMELHANÇA ESTRUTURAL COM A OCITOCINA). EVITAR PRILOCAÍNA PELA POSSIBILIDADE DE METAHEMOGLOBINEMIA.
3. O USO DE ANESTÉSICOS COM VASOCONSTRITOR EM GESTANTES NÃO ESTÁ CONTRAINDICADO MAS É RECOMENDÁVEL NÃO ULTRAPASSAR 2 TUBETES POR SESSÃO. ESTUDOS COMPROVAM QUE O USO DA EPINEFRINA EM DOSES BAIXAS NÃO COMPROMETE O FLUXO UTERINO (LIDOCAÍNA A 2% COM EPINEFRINA 1:100.000)
4. ESTUDOS SUGEREM QUE FOCOS INFECCIOSOS E DOENÇA PERIODONTAL PODEM PREDISPOR A PARTOS PREMATUROS E BEBÊS DE BAIXO PESO, SENDO ACONSELHÁVEL A ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL BEM COMO O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E A ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL.
5. QUALQUER MEDICAMENTO DEVE SER CAUTELOSAMENTE PRESCRITO DE ACORDO COM CRITÉRIO ESTABELECIDO DE RISCO FETAL (FDA – CATEGORIA: A, B, C, D, X)
6. TOMADAS RADIOGRÁFICAS NÃO ESTÃO CONTRAINDICADAS MAS DEVEM SER RESTRITAS AO MENOR NÚMERO POSSÍVEL NECESSÁRIO A UM CORRETO DIAGNÓSTICO E REALIZADAS DENTRO DAS NORMAS DE PROTEÇÃO PRECONIZADAS.
7. ESTÁ TOTALMENTE CONTRAINDICADA A PRESCRIÇÃO DE FLÚOR EM SUPLEMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO, NÃO APENAS PORQUE A ÁGUA DE ABASTECIMENTO É FLUORETADA MAS TAMBÉM PORQUE INEXISTEM ESTUDOS QUE COMPROVEM A SUA EFICÁCIA. O ÚNICO ESTUDO CONSIDERADO LEGÍTIMO ATÉ O PRESENTE MOMENTO DEMONSTROU QUE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES QUE RECEBERAM SUPLEMENTOS DE FLÚOR DE 1mg POR DIA DURANTE A 2ª METADE DA GESTAÇÃO NÃO APRESENTARAM RESISTÊNCIA À CÁRIE MELHOR DO QUE A DO GRUPO CONTROLE.
8. ALGUMAS GESTANTES PODEM DESENVOLVER GRANULOMA GRAVÍDICO DEVIDO À ALTERAÇÃO HORMONAL.
9. OS CUIDADOS NA PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA SE ESTENDEM TAMBÉM A PUÉRPERAS E A MÃES QUE AINDA AMAMENTAM.

RISCO DE TERATOGENICIDADE DOS MEDICAMENTOS (FDA)

RISCO A	NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE RISCO EM MULHERES. ESTUDOS BEM CONTROLADOS NÃO REVELAM PROBLEMAS NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GRAVIDEZ E NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE PROBLEMAS NOS SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES.
RISCO B	NÃO HÁ ESTUDOS ADEQUADOS EM MULHERES. EM EXPERIÊNCIA EM ANIMAIS NÃO FORAM ENCONTRADOS RISCOS.
RISCO C	NÃO HÁ ESTUDOS ADEQUADOS EM MULHERES. EM EXPERIÊNCIAS ANIMAIS OCORRERAM ALGUNS EFEITOS COLATERAIS NO FETO, MAS O BENEFÍCIO DO PRODUTO PODE JUSTIFICAR O RISCO POTENCIAL DURANTE A GRAVIDEZ.
RISCO D	HÁ EVIDÊNCIAS DE RISCO EM FETOS HUMANOS. SÓ USAR SE O BENEFÍCIO JUSTIFICAR O RISCO POTENCIAL. EM SITUAÇÃO DE RISCO DE VIDA OU EM CASO DE DOENÇAS GRAVES PARA AS QUAIS NÃO SE POSSA UTILIZAR DROGAS MAIS SEGURAS, OU SE ESTAS DROGAS NÃO FOREM EFICAZES.
RISCO X	ESTUDOS REVELARAM ANORMALIDADES NO FETO OU EVIDÊNCIAS DE RISCO PARA O FETO. OS RISCOS DURANTE A GRAVIDEZ SÃO SUPERIORES AOS POTENCIAIS BENEFÍCIOS. NÃO USAR EM HIPÓTESE ALGUMA DURANTE A GRAVIDEZ

ATENÇÃO

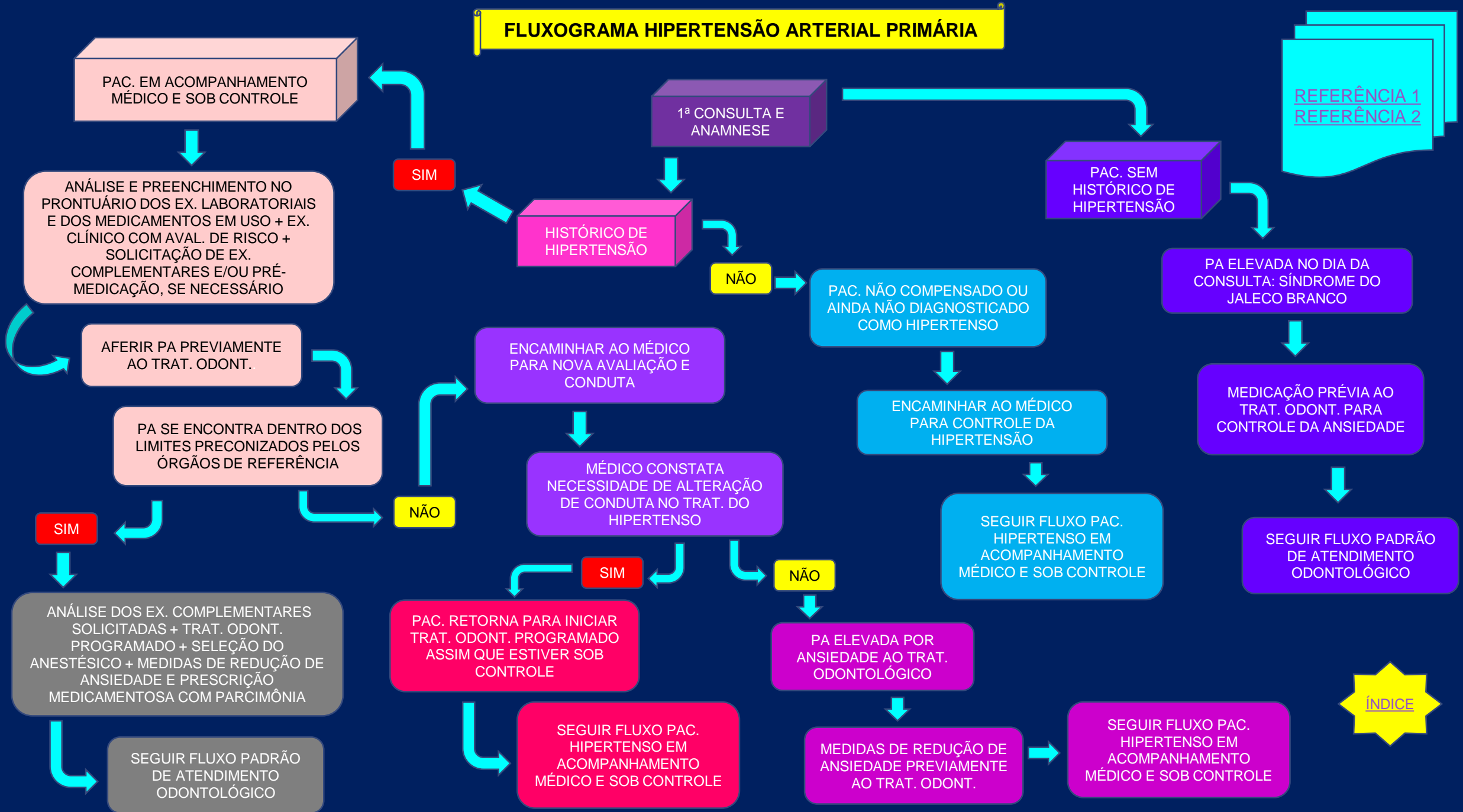
É RECOMENDÁVEL
A ATUALIZAÇÃO
CONSTANTE PELA
FDA OU PELA BULA
DO MEDICAMENTO
PORQUE NOVOS
ESTUDOS PODEM
ALTERAR O
CRITÉRIO DE RISCO
FETAL

CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES DIABÉTICOS

1. PAC. DIABÉTICOS PODEM TER COMPLICAÇÕES AGUDAS COMO A CETOACIDOSE DIABÉTICA E O ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR E CRÔNICAS COMO RETINOPATIAS, VASCULOPATIAS, DOENÇAS CARDIOVASCULARES, HIPERTENSÃO E NEFROPATIAS.
2. NÃO É NECESSÁRIA A SUSPENSÃO DO AAS PARA PAC. QUE FAZEM USO EM BAIXAS DOSES. EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, USAR MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS.
3. A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA EM PAC. DIABÉTICOS DEVE SER CAUTELOSA. ALGUNS MEDICAMENTOS TÊM POTENCIAL HIPO OU HIPERGLICEMIANTE E AÇÃO NEFROTÓXICA.
4. DIABETES GESTACIONAL REQUER ATENÇÃO ESPECIAL. É RECOMENDADA A ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR.
5. VASOCONSTRITORES ADRENÉRGICOS NÃO SÃO RECOMENDADOS POR TEREM EFEITO HIPERGLICEMIANTE (AUMENTO DA GLICOGENÓLISE E NEOGLICOGÊNESE).
6. PAC. DIABÉTICOS TÊM MAIOR PROBABILIDADE DE DESENVOLVER CANDIDÍASE, QUEILITE ANGULAR, D. PERIODONTAL E APRESENTAM MAIOR RISCO À CÁRIE EM DECORRÊNCIA DA XEROSTOMIA E CONSEQUENTE ALTERAÇÃO DA CAPACIDADE TAMPONANTE SALIVAR.
7. REDUZIR AO MÁXIMO A ANSIEDADE DO PAC. PARA NÃO ELEVAR OS NÍVEIS DE CORTISOL E ADRENALINA CAUSANDO UMA HIPERGLICEMIA.
8. DE ACORDO COM A OMS E COM AS NOVAS DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, A DOENÇA PERIODONTAL É CONSIDERADA A 6ª COMPLICAÇÃO CRÔNICA DO DIABETES.

BAIXO RISCO	RISCO MODERADO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ BOM CONTROLE METABÓLICO ✓ CONTROLE MÉDICO REGULAR ✓ AUSÊNCIA DE HIPER/HIPOGLICEMIA ✓ SEM COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS, VASCULARES E INFECCIOSAS ✓ NÍVEIS DE GLICOSE: EM JEJUM < 125mg/dl; PÓS-PRANDIAL < 140mg/dl ✓ TAXA DE HEMOGLOBINA GLICADA ≤ 6,5% (PACIENTES SAUDÁVEIS SEM DOENÇA CONCORRENTE E BAIXO RISCO HIPOGLICÊMICO) ✓ TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SEM RESTRIÇÃO ✓ PROFILAXIA ANTIBIÓTICA, SE NECESSÁRIA 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SINTOMAS OCASIONAIS ✓ CONTROLE METABÓLICO RAZOÁVEL ✓ CONTROLE MÉDICO REGULAR ✓ POUCAS COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS ✓ AUSÊNCIA DE HIPER/HIPOGLICEMIA RECENTE ✓ NÍVEIS DE GLICOSE: EM JEJUM ≥ 125 < 140mg/dl; PÓS-PRANDIAL ≥ 140 < 200mg/dl ✓ TAXA DE HEMOGLOBINA GLICADA > 6,5 < 8% (OBJETIVOS INDIVIDUALIZADOS PARA PACIENTES COM DOENÇA CONCORRENTE E RISCO HIPOGLICÊMICO) ✓ PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NÃO CIRÚRGICOS: SEM RESTRIÇÃO ✓ RESTRIÇÃO EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE GRANDE EXTENSÃO ✓ PROFILAXIA ANTIBIÓTICA, SE NECESSÁRIA 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CONTROLE METABÓLICO DEFICIENTE ✓ PROBLEMAS FREQUENTES DE HIPOGLICEMIA OU CETOACIDOSE ✓ AJUSTE FREQUENTE DA DOSAGEM DE INSULINA ✓ NÍVEIS DE GLICOSE: EM JEJUM > 140mg/dl; PÓS-PRANDIAL ≥ 200mg/dl ✓ TAXA DE HEMOGLOBINA GLICADA > 8% ✓ TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COM RESTRIÇÃO: ADIAR PROCEDIMENTOS ELETIVOS, INTERVENÇÃO CIRÚRGICA JUSTIFICADA APENAS EM CASO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E SOB PROFILAXIA ANTIBIÓTICA ✓ ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

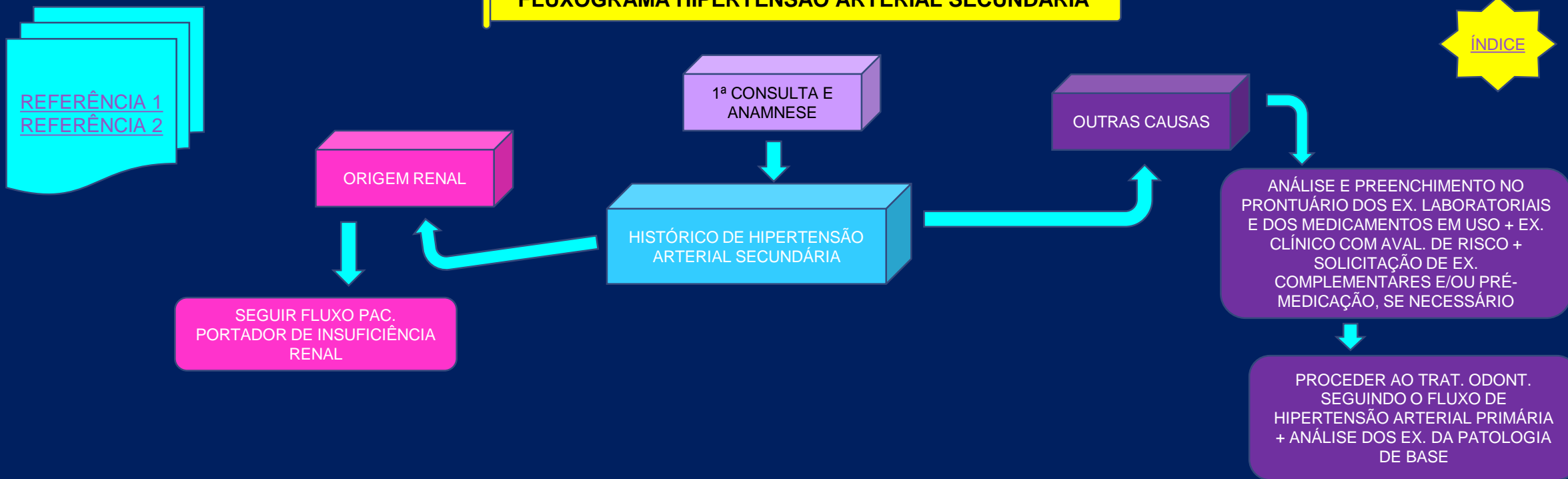
FLUXOGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL PRIMÁRIA



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES HIPERTENSOS

1. BETABLOQUEADORES PODEM PREDISPOR AO DESENVOLVIMENTO DE HIPERPLASIAS GENGIVAIS.
2. EVITAR MUDANÇAS BRUSCAS DA POSIÇÃO DA CADEIRA ODONTOLÓGICA PARA NÃO CAUSAR HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA.
3. RESTRINGIR ANTIINFLAMATÓRIOS COM GRANDE POTENCIAL DE RETENÇÃO SÓDICA.

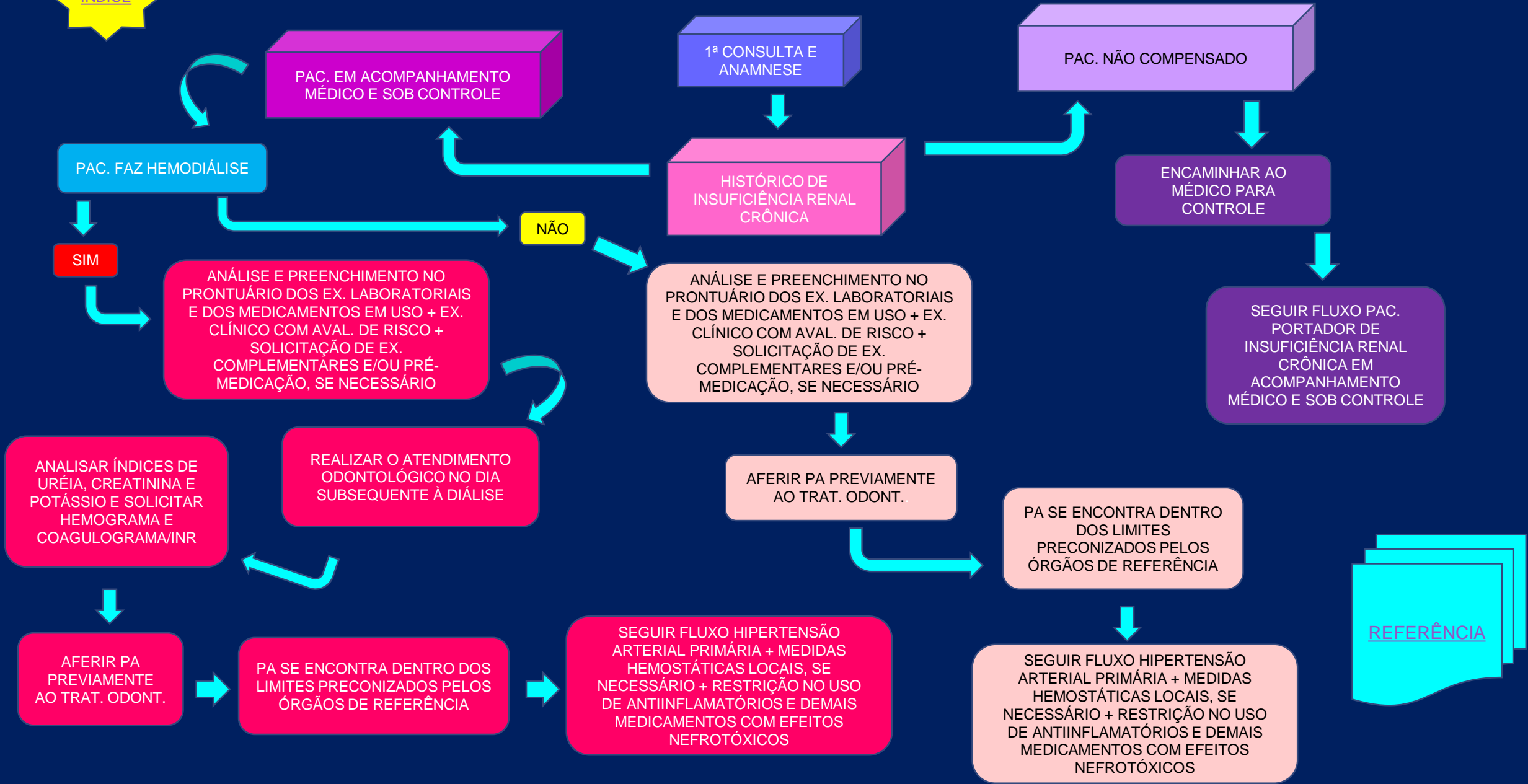
FLUXOGRAMA HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA



CAUSAS DA HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA	ACHADOS CLÍNICOS SUGESTIVOS DE HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ DOENÇA PARENQUIMATOSA RENAL (GLOMERULOPATIA, PIELONEFRITE CRÔNICA, RINS POLICÍSTICOS, NEFROPATIA DE REFLUXO); ✓ RENOVASCULAR (ATEROSCLEROSE, HIPERPLASIA FIBROMUSCULAR, POLIARTRITE NODOSA); ✓ ENDÓCRINA (ACROMEGALIA, HIPOTIREOIDISMO, HIPERTIREOIDISMO, HIPERPARATIREOIDISMO, SÍNDROME DE CUSHING, HIPERPLASIA ADRENAL, USO DE HORMÔNIOS EXÓGENOS); ✓ COARTAÇÃO DA AORTA; ✓ HIPERTENSÃO GESTACIONAL; ✓ NEUROLÓGICAS (AUMENTO DA PRESSÃO INTRACRANIANA, PORFIRIA AGUDA, QUADRIPLÉGIA); ✓ EXÓGENAS (ABUSO DE ÁLCOOL, NICOTINA, DROGAS IMUNOSSUPRESSORAS, INTOXICAÇÃO POR METAIS PESADOS); ✓ INSUFICIÊNCIA AÓRTICA, FÍSTULA ARTERIOVENOSA, TIREOTOXICOSE, DOENÇA DE PAGET E HIPERTENSÃO SISTÓLICA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ POTÁSSIO SÉRICO INFERIOR A 3,5mEq./-1, NA AUSÊNCIA DE TRATAMENTO COM DIURÉTICOS; ✓ PROTEINÚRIA; ✓ HEMATÚRIA; ✓ ELEVAÇÃO DA CREATININA; ✓ AUSÊNCIA DE HISTÓRICO FAMILIAR; ✓ INÍCIO ABRUPTO E GRAVE DE HIPERTENSÃO, COM RETINOPATIA SEVERA, HEMATÚRIA E PERDA DA FUNÇÃO RENAL; ✓ PRESSÃO ARTERIAL MAIS BAIXA NOS MEMBROS INFERIORES; ✓ ACENTUADA OSCILAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, ACOMPANHADA DE RUBOR FACIAL, SUDORESE E TAQUICARDIA PAROXÍSTICA; ✓ INÍCIO SÚBITO DE HIPERTENSÃO APÓS OS 55 ANOS OU ANTES DOS 30.

FLUXOGRAMA DOENÇA RENAL: INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

ÍNDICE

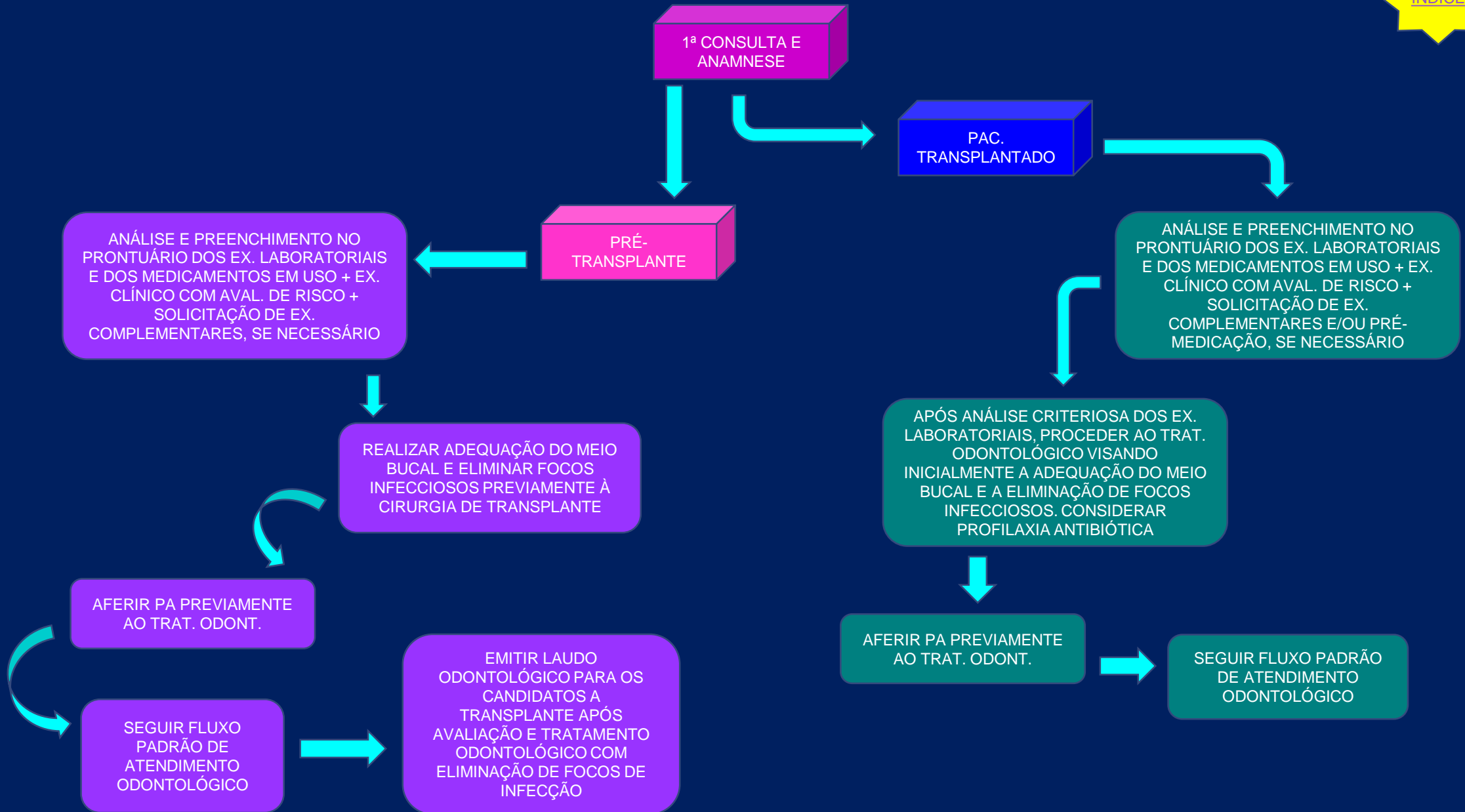


CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL

1. PAC. COM DOENÇA RENAL PODEM APRESENTAR TEMPO DE SANGRAMENTO PROLONGADO. VERIFICAR NÍVEIS DE CREATININA, URÉIA, HEMOGRAMA E COAGULOGRAMA/INR COM DATAS RECENTES ANTES DE QUALQUER PROCEDIMENTO INVASIVO. TODA PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DEVE SER FEITA COM PARCIMÔNIA PARA NÃO HAVER SOBRECARGA RENAL.
2. OS ÍNDICES DE TTPA PODEM ESTAR ALTERADOS EM PAC. HEPARINIZADOS.
3. O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DEVE SER REALIZADO SEMPRE NO DIA SUBSEQUENTE À DIÁLISE QUANDO O PAC. SE ENCONTRA EM MELHOR EQUILÍBRIO ELETROLÍTICO E A AÇÃO ANTICOAGULANTE RESIDUAL NÃO IMPEDE A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE UTILIZAR MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS PARA O CONTROLE DO SANGRAMENTO
4. EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL PODE SER NECESSÁRIO O AJUSTE DA DOSE DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS DE ACORDO COM A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR OU CLEARANCE DE CREATININA.
5. PARA UM ADEQUADO MANEJO CLÍNICO ODONTOLÓGICO EM PAC. COM DOENÇA RENAL É IMPRESCINDÍVEL O CONHECIMENTO DO ESTADIAMENTO DA DOENÇA QUE CLASSIFICA O GRAU DE INSUFICIÊNCIA RENAL DE ACORDO COM A FILTRAÇÃO GLOMERULAR (mL/min)
6. PACIENTES COM DOENÇA RENAL DEVEM REALIZAR MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E ELIMINAÇÃO DE FOCOS DE INFECÇÃO.
7. PACIENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE RENAL DEVEM SER LIBERADOS PARA A CIRURGIA DE TRANSPLANTE COM LAUDO ODONTOLÓGICO APÓS AVALIAÇÃO E TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COM ELIMINAÇÃO DE FOCOS DE INFECÇÃO.

FLUXOGRAMA PACIENTE TRANSPLANTADO

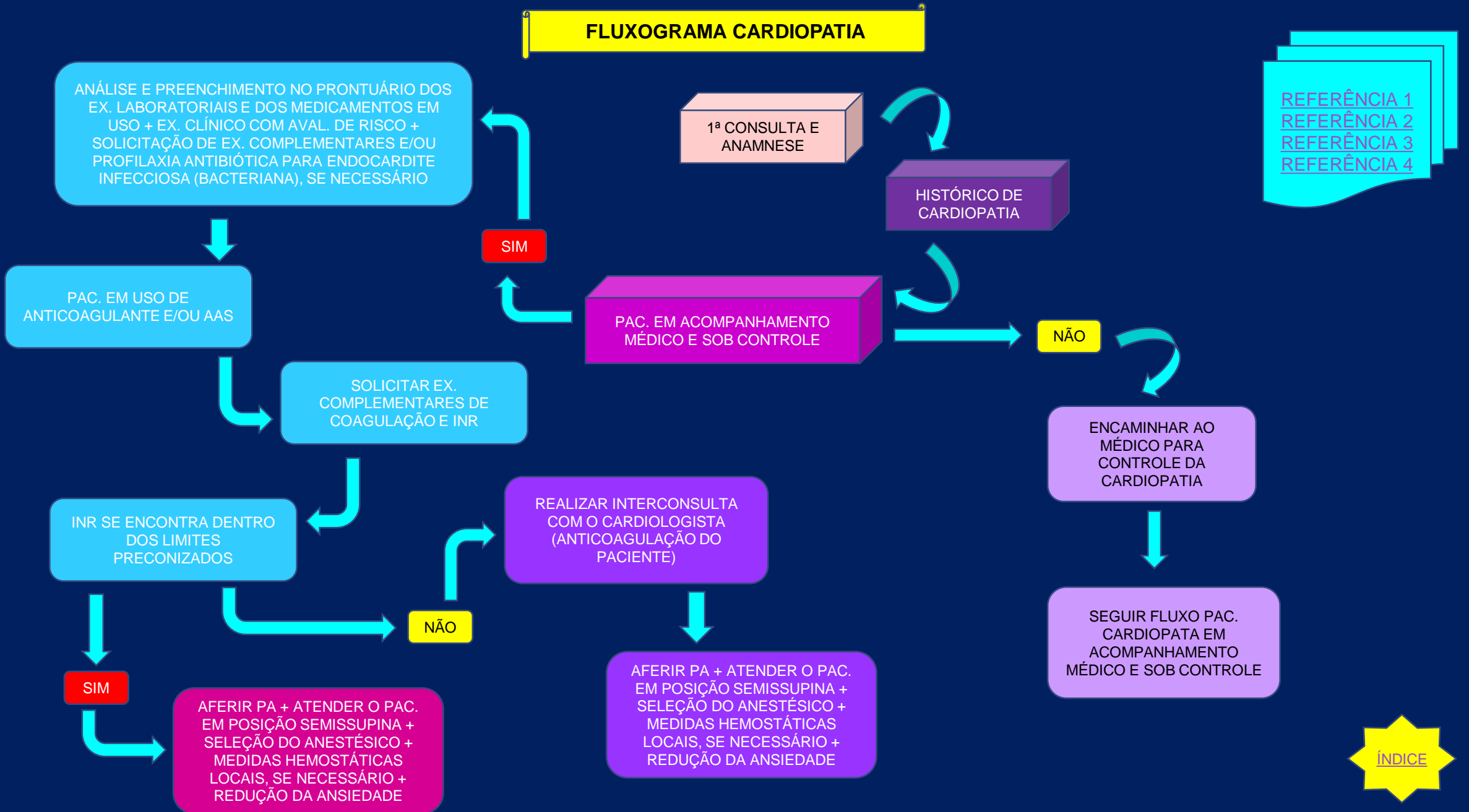
ÍNDICE



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES TRANSPLANTADOS

1. ALGUNS MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA EVITAR A REJEIÇÃO DO ÓRGÃO TRANSPLANTADO PODEM CAUSAR HIPERPLASIA GENGIVAL.
2. SE O ÓRGÃO TRANSPLANTADO FOR O RIM, O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE TER CAUTELA AO PRESCREVER DEVIDO AO POTENCIAL NEFROTÓXICO DE VÁRIOS MEDICAMENTOS.
3. TODO PACIENTE TRANSPLANTADO É UM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO. É IMPERATIVO O PLANEJAMENTO PRÉVIO A QUALQUER PROCEDIMENTO INVASIVO. REALIZAR O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E A ELIMINAÇÃO DE FOCOS INFECCIOSOS.

FLUXOGRAMA CARDIOPATIA



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES CARDIOPATAS

1. OTIMIZAR O ATENDIMENTO EM CASOS DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA (BACTERIANA) EVITANDO MÚLTIPLAS SESSÕES.
2. CRIANÇAS CARDIOPATAS TENDEM A SER REFRATÁRIAS AO ATENDIMENTO. FAZER O CONDICIONAMENTO DA CRIANÇA E EXPLICAR À FAMÍLIA SOBRE A NECESSIDADE DA HIGIENE ORAL E A IMPORTÂNCIA DA ELIMINAÇÃO DE FOCOS INFECCIOSOS.
3. ORIENTAR O PACIENTE CARDIOPATA QUE A PRESENÇA DE FOCOS DE INFECÇÃO POR SI SÓ CONSTITUI RISCO DE ENDOCARDITE INFECCIOSA.
4. NÃO É NECESSÁRIA A SUSPENSÃO DO AAS PARA PACIENTES QUE FAZEM USO EM BAIXAS DOSES. EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, USAR MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS.
5. BETABLOQUEADORES PODEM PREDISPOR AO DESENVOLVIMENTO DE HIPERPLASIAS GENGIVAIS.
6. A REDUÇÃO DA DOSE DE ANTICOAGULANTE TEM SIDO EVITADA NA GRANDE MAIORIA DOS CASOS PARA NÃO INTERFERIR NO TRATAMENTO DA CARDIOPATIA, DEVENDO O CIRURGIÃO-DENTISTA LANÇAR MÃO DE MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS PARA O CONTROLE DO SANGRAMENTO.
7. PACIENTES COM HISTÓRICO DE INFARTO DO MIOCÁRDIO RECENTE (< 6 SEMANAS) DEVEM SER SUBMETIDOS APENAS A PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.
8. MANTER-SE SEMPRE ATUALIZADO QUANTO AO PROTOCOLO DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM VIGÊNCIA PRECONIZADO PARA PREVENÇÃO DE ENDOCARDITE.

ESQUEMA PROFILÁTICO PARA ENDOCARDITE INFECCIOSA (BACTERIANA)			
SITUAÇÃO	AGENTE	REGIME: ÚNICA DOSE DE 30 A 60 MIN ANTES DO PROCEDIMENTO	
VIA ORAL	AMOXICILINA	ADULTOS	CRIANÇAS
		2g	50mg/kg
PARA PAC. INCAPAZES DE TOMAR MEDICAÇÃO VIA ORAL	AMPICILINA	2g IM ou EV	50mg/kg IM ou EV
	CEFAZOLINA OU CEFTRIAXONA	1g IM ou EV	50mg/kg IM ou EV
PARA PAC. ALÉRGICOS À PENICILINA OU AMPICILINA ORAL	CEFALEXINA	2g	50mg/kg
	CLINDAMICINA	600mg	20mg/kg
	AZITROMICINA OU CLARITROMICINA	500mg	15mg/kg
PARA PAC. ALÉRGICOS À PENICILINA OU AMPICILINA E INCAPAZES DE TOMAR MEDICAÇÃO VIA ORAL	CEFAZOLINA OU CEFTRIAXONA	1g IM ou EV	50mg/kg IM ou EV
	CLINDAMICINA	600mg IM ou EV	20mg/kg IM ou EV

IM: INTRAMUSCULAR
 EV: ENDOVENOSO
 CEFALOSPORINAS NÃO DEVEM SER ADMINISTRADAS EM PACIENTES COM HISTÓRICO DE ANAFILAXIA, ANGIOEDEMA OU ALERGIA A PENICILINAS

1. INJEÇÕES IM PARA PROFILAXIA DE ENDOCARDITE DEVEM SER EVITADAS EM PACIENTES QUE FAZEM TERAPIA COM ANTICOAGULANTE. A VIA ORAL DEVE SER UTILIZADA SEMPRE QUE POSSÍVEL. USAR VIA EV PARA PACIENTES QUE NÃO TOLERAM OU ABSORVEM MEDICAÇÕES ORAIS.
2. PACIENTES QUE RECEBEM TERAPIA ANTIBIÓTICA A LONGO PRAZO PARA OUTROS FINS (PREVENÇÃO DE FEBRE REUMÁTICA) PODEM MOSTRAR RESISTÊNCIA À PENICILINA. NESTES CASOS, UTILIZAR CLINDAMICINA, AZITROMICINA OU CLARITROMICINA COMO PRIMEIRA OPÇÃO. NÃO INDICAR CEFALOSPORINAS PELA POSSIBILIDADE DE RESISTÊNCIA CRUZADA.
3. SE POSSÍVEL, PARA OS CASOS EM QUE O PACIENTE ESTEJA EM TERAPIA ANTIBIÓTICA, INICIAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO 10 DIAS APÓS O TÉRMINO DA MESMA.

CONDIÇÕES CARDÍACAS ASSOCIADAS AO RISCO MAIS ELEVADO DE ENDOCARDITE E QUE REQUEREM PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA OS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS (Guidelines from the American Heart Association, 2008)

1. VÁLVULAS CARDÍACAS PROTÉTICAS OU MATERIAL PROTÉTICO USADO PARA O REPARO CARDÍACO VALVAR.
2. ENDOCARDITE INFECCIOSA (BACTERIANA) PRÉVIA.
3. DOENÇA CONGÊNITA CARDÍACA: CARDIOPATIAS CONGÊNITAS CIANOGENICA NÃO REPARADA, INCLUINDO SHUNTS PALIATIVOS, CARDIOPATIAS CONGÊNITAS COMPLETAMENTE REPARADAS, COM USO DE MATERIAL PROTÉTICO OU DISPOSITIVOS INSTALADOS POR CIRURGIA OU PERCUTANEAMENTE, DURANTE OS 6 PRIMEIROS MESES DO PROCEDIMENTO, CARDIOPATIA CONGÊNITA REPARADA COM DEFEITOS RESIDUAIS NO LOCAL OU PRÓXIMOS AOS LOCAIS DE RETALHO PROTÉTICO OU DISPOSITIVO PROTÉTICO.
4. RECEPTORES DE TRANSPLANTE CARDÍACO COM INSUFICIÊNCIA VALVAR OU VALVA ESTRUTURALMENTE ANORMAL.

EXCETO PARA AS CONDIÇÕES SUPRACITADAS, A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA ENDOCARDITE NÃO É MAIS RECOMENDADA PARA QUALQUER OUTRA FORMA DE DOENÇA CONGÊNITA.
A PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE É ACONSELHÁVEL PORQUE A ENDOTELIZAÇÃO DO MATERIAL PROTÉTICO OCORRE DENTRO DE 6 MESES APÓS O PROCEDIMENTO.

- ✓ A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PARA ENDOCARDITE DEVE SER INDICADA PARA OS CASOS SUPRACITADOS EM TODOS OS PROCEDIMENTOS DENTAIS QUE ENVOLVAM MANIPULAÇÃO DO TECIDO GENGIVAL OU DA REGIÃO PERIAPICAL OU PERFURAÇÃO DA MUCOSA ORAL.
- ✓ PROCEDIMENTOS BUCAIS QUE NÃO REQUEREM PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE: ANESTESIA EM TECIDOS LIVRES DE INFECÇÃO, RADIOGRAFIAS, COLOCAÇÃO OU REMOÇÃO DE APARELHOS ORTODÔNTICOS OU PROTÉTICOS, AJUSTE DE APARELHOS ORTODÔNTICOS, COLOCAÇÃO DE BRACKETS, SANGRAMENTO DECORRENTE DE TRAUMA NOS LÁBIOS OU MUCOSA ORAL.

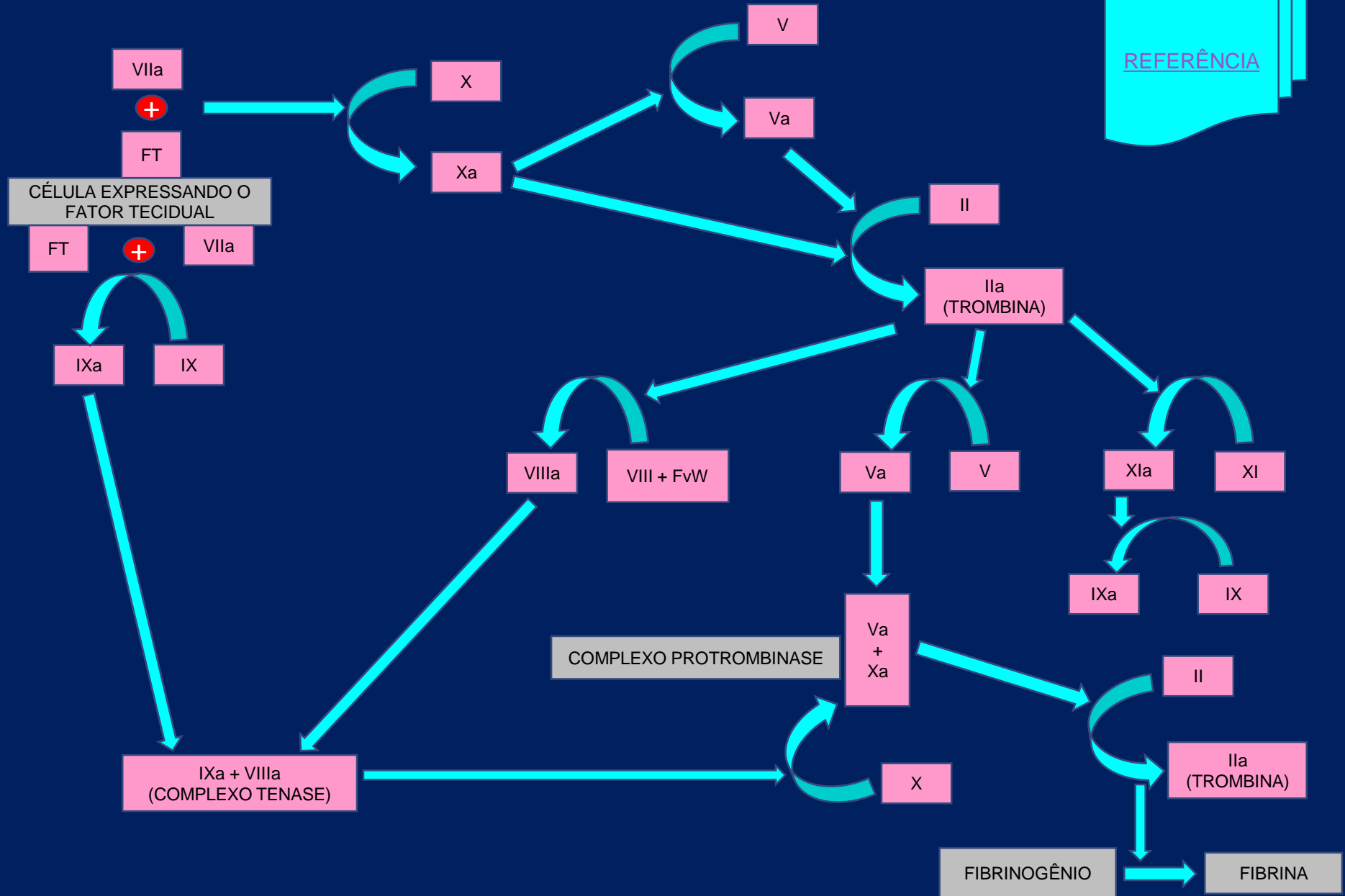
MOTIVOS QUE DETERMINARAM A REVISÃO DAS DIRETRIZES PARA A INDICAÇÃO DE PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE (UPDATE)

1. A BACTEREMIA RESULTANTE DAS ATIVIDADES DIÁRIAS AUMENTA MUITO MAIS O RISCO DE ENDOCARDITE QUE A BACTEREMIA CAUSADA PELO PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO, GASTROINTESTINAL OU GENITOURINÁRIO.
2. A PROFILAXIA PREVINE POUCOS CASOS DE ENDOCARDITE EM PACIENTES QUE SE SUBMETEM AOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, GASTROINTESTINAIS E GENITOURINÁRIOS.
3. O RISCO DE EVENTOS ADVERSOS APÓS A ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS EXCEDE O BENEFÍCIO ADQUIRIDO COM A TERAPIA PROFILÁTICA ANTIBIÓTICA.
4. A MANUTENÇÃO DE UMA HIGIENE ORAL ADEQUADA E O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL REDUZ A INCIDÊNCIA DA BACTEREMIA RESULTANTE DAS ATIVIDADES DIÁRIAS E É MUITO MAIS IMPORTANTE NA REDUÇÃO DO RISCO DE ENDOCARDITE DO QUE A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA REALIZADA PREVIAMENTE AOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS.
5. APENAS PARA OS CASOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS LISTADOS INDICA-SE A PROFILAXIA PARA ENDOCARDITE.

TEORIA DA COAGULAÇÃO BASEADA EM SUPERFÍCIES CELULARES

REFERÊNCIA

INICIAÇÃO
(NAS CÉLULAS QUE EXPRESSAM O FT)



AMPLIFICAÇÃO
(NA SUPERFÍCIE DAS PLAQUETAS ATIVADAS)

PROPAGAÇÃO
(NA SUPERFÍCIE DAS PLAQUETAS ATIVADAS)

IXa + VIIIa
(COMPLEXO TENASE)

COMPLEXO PROTROMBINASE

FIBRINOGÊNIO

FIBRINA

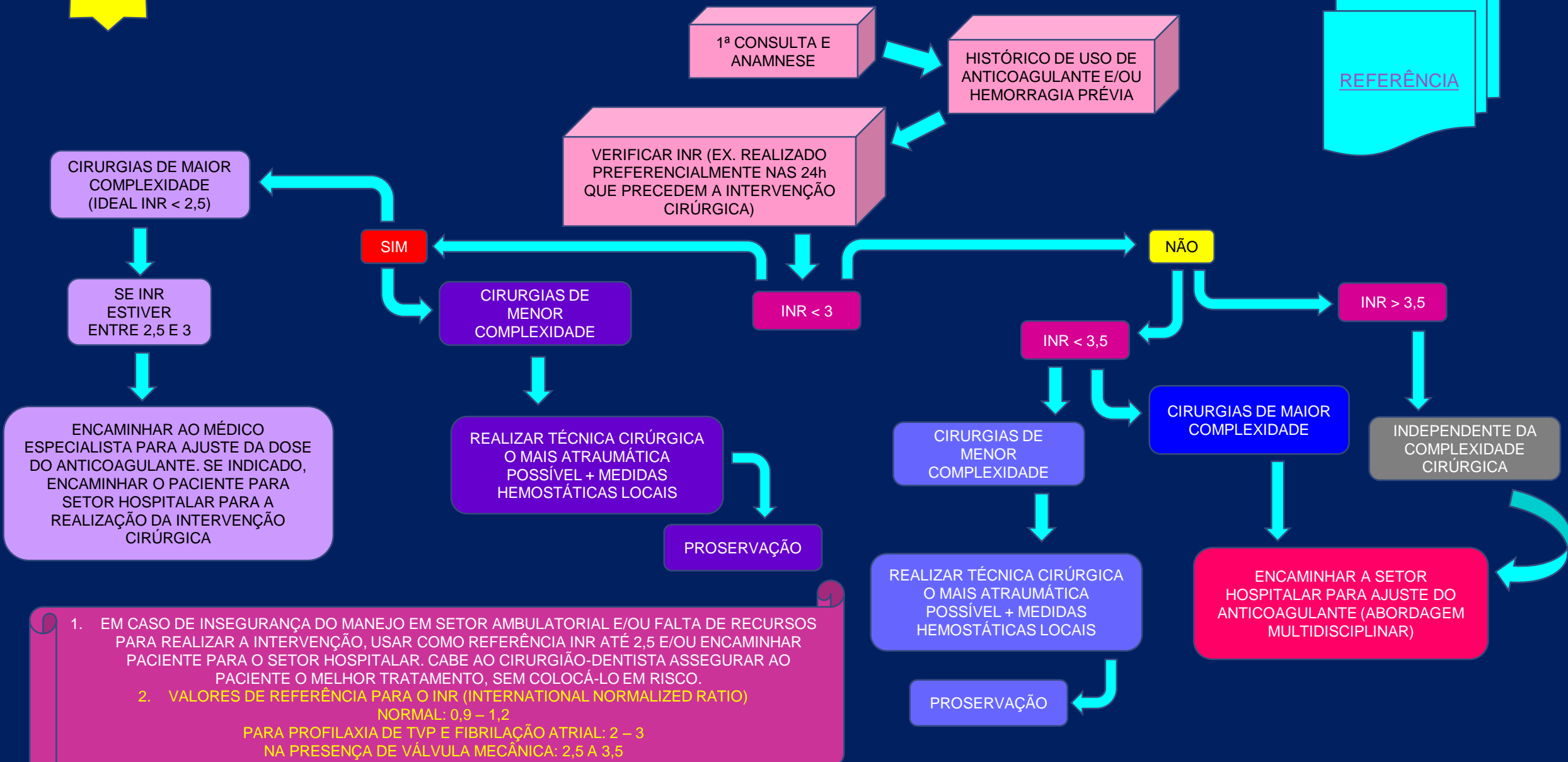
FASES DA COAGULAÇÃO			
INICIAÇÃO	AMPLIFICAÇÃO	PROPAGAÇÃO	FINALIZAÇÃO
ENDOTÉLIO VASCULAR E CÉLULAS SANGUÍNEAS CIRCULANTES SÃO PERTURBADOS; INTERAÇÃO DO FVIIa DERIVADO DO PLASMA COM O FT	TROMBINA ATIVA PLAQUETAS, COFADORES V E VIII E FATOR XI NA SUPERFÍCIE DAS PLAQUETAS	PRODUÇÃO DE GRANDE QUANTIDADE DE TROMBINA, FORMAÇÃO DE UM TAMPÃO ESTÁVEL NO SÍTIO DA LESÃO E INTERRUPTÃO DA PERDA SANGUÍNEA	PROCESSO DA COAGULAÇÃO É LIMITADO PARA EVITAR OCLUSÃO TROMBÓTICA AO REDOR DAS ÁREAS ÍNTEGRAS DOS VASOS
a: ativado FT: fator tecidual			

1. ESTE MODELO DA HEMOSTASIA, BASEADO EM SUPERFÍCIES CELULARES É CAPAZ DE EXPLICAR ALGUNS ASPECTOS CLÍNICOS DO MECANISMO HEMOSTÁTICO QUE O MODELO CLÁSSICO DA CASCATA NÃO PERMITE.
2. O MODELO PROPICIOU UM MELHOR ENTENDIMENTO DO PROCESSO DE COAGULAÇÃO *in vivo* E APRESENTA MAIOR CONSISTÊNCIA COM AS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS DE VÁRIOS DISTÚRBIOS DA COAGULAÇÃO.
3. EMBORA O MODELO DA CASCATA DE COAGULAÇÃO E OS TESTES DE COAGULAÇÃO CLÍNICA COMUM NÃO RETRATEM A COMPLEXIDADE DA HEMOSTASIA *in vivo*, ESTES POSSUEM SENSIBILIDADE PARA A DETECÇÃO DE DEFICIÊNCIA DE UM OU MAIS FATORES DA COAGULAÇÃO SENDO, PORTANTO, EFICIENTES PARA A DEFINIÇÃO DE ALTERAÇÕES DE FATORES DA COAGULAÇÃO EM PACIENTES COM TENDÊNCIA A SANGRAMENTO.
4. É IMPORTANTE RESSALVAR QUE NENHUM ENSAIO É CAPAZ DE FORNECER UM PERFIL COMPLETO E FIDELÍDIGO DA FUNÇÃO HEMOSTÁTICA.
5. QUANDO COMPARADO À TRADICIONAL CASCATA, O MODELO BASEADO EM SUPERFÍCIES CELULARES PERMITE UM MAIOR ENTENDIMENTO DO MECANISMO FISIOPATOLÓGICO ENVOLVIDO NA HEMOFILIA (O ANTIGO MODELO NÃO É CAPAZ DE EXPLICAR O PORQUÊ DA VIA EXTRÍNSECA NÃO PRODUIR QUANTIDADES SUFICIENTES DE FX PARA COMPENSAR PARCIALMENTE A DEFICIÊNCIA DE FVIII OU FIX). O MODELO PROPOSTO NÃO SUGERE QUE O FATOR Xa GERADO PELO COMPLEXO FT/VIIa SEJA INSUFICIENTE NA HEMOFILIA MAS QUE ESTE OCORRE INSUFICIENTEMENTE NA SUPERFÍCIE DAS CÉLULAS.
6. O MODELO DA COAGULAÇÃO BASEADO EM SUPERFÍCIES CELULARES PROPÕE QUE A HEMOFILIA SEJA ESPECIFICAMENTE UMA DEFICIÊNCIA DE GERAÇÃO DE FXa NA SUPERFÍCIE DAS PLAQUETAS, RESULTANDO NA FALTA DE PRODUÇÃO DE TROMBINA NA SUPERFÍCIE DAS MESMAS. PACIENTES HEMOFÍLICOS APRESENTAM AS FASES DE COAGULAÇÃO DE INICIAÇÃO E DE AMPLIFICAÇÃO RELATIVAMENTE NORMAIS, SENDO CAPAZES DE FORMAR O TAMPÃO PLAQUETÁRIO INICIAL NO SÍTIO DO SANGRAMENTO, PORÉM NÃO GERAM UMA QUANTIDADE DE TROMBINA NA SUPERFÍCIE DAS PLAQUETAS SUFICIENTE PARA ESTABILIZAR O COÁGULO DE FIBRINA.

ALGORITMO PARA O TRATAMENTO DE PACIENTES EM USO DE ANTICOAGULANTES

ÍNDICE

REFERÊNCIA



1. EM CASO DE INSEGURANÇA DO MANEJO EM SETOR AMBULATORIAL E/OU FALTA DE RECURSOS PARA REALIZAR A INTERVENÇÃO, USAR COMO REFERÊNCIA INR ATÉ 2,5 E/OU ENCAMINHAR PACIENTE PARA O SETOR HOSPITALAR. CABE AO CIRURGIÃO-DENTISTA ASSEGURAR AO PACIENTE O MELHOR TRATAMENTO, SEM COLOCÁ-LO EM RISCO.

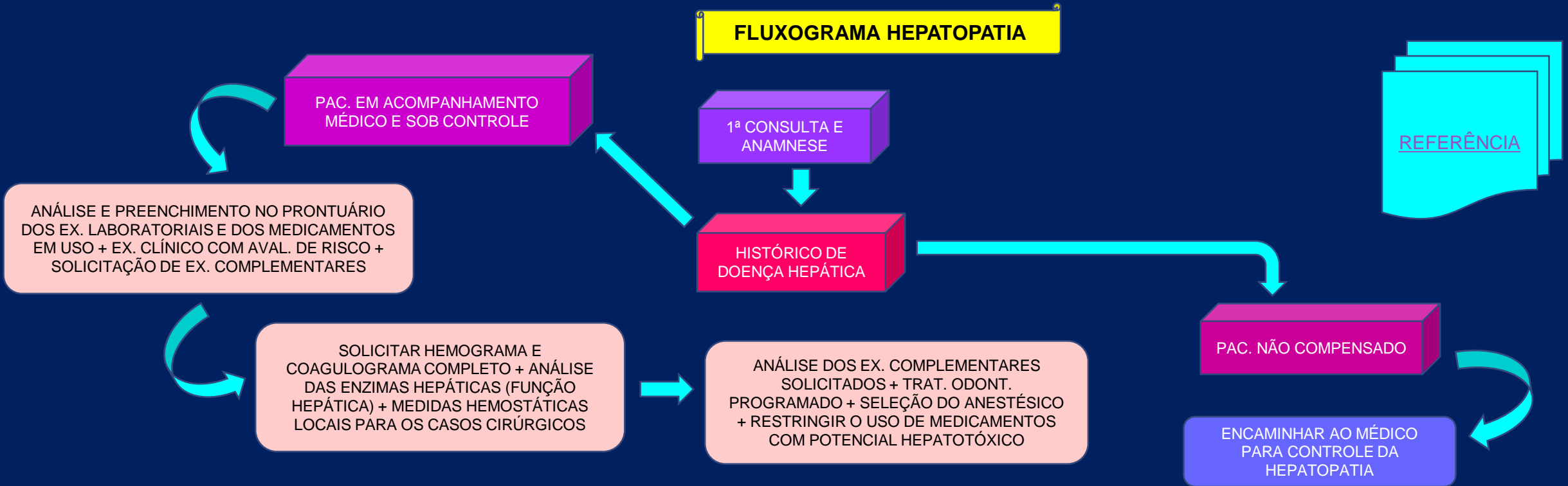
2. VALORES DE REFERÊNCIA PARA O INR (INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO)

NORMAL: 0,9 – 1,2

PARA PROFILAXIA DE TVP E FIBRILAÇÃO ATRIAL: 2 – 3

NA PRESENÇA DE VÁLVULA MECÂNICA: 2,5 A 3,5

FLUXOGRAMA HEPATOPATIA



ALTERAÇÕES SISTÊMICAS DECORRENTES DA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA

1. HEPATOESPLENOMEGALIA;
2. ICTERÍCIA;
3. COLÚRIA;
4. ACOLIA FECAL;
5. XANTOMAS (NÓDULOS DISTRIBUÍDOS PELO CORPO RESULTANTES DA CONCENTRAÇÃO DE CÉLULAS LIPÍDICAS);
6. PRURIDO;
7. AUMENTO DO FLUXO CARDÍACO;
8. ESTEATORREA (PERDA DE GORDURA PELAS FEZES);
9. BAIXA ESTATURA;
10. DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS DECORRENTES DA MÁ ABSORÇÃO DE VIT. A, D E K;
11. DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CÁLCIO E FÓSFORO;
12. ASCITE (ACÚMULO DE LÍQUIDO NO PERITÔNIO);
13. FADIGA;
14. ENCEFALOPATIA;
15. COAGULOPATIAS.

ALTERAÇÕES BUCAIS MAIS RELEVANTES NA DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA

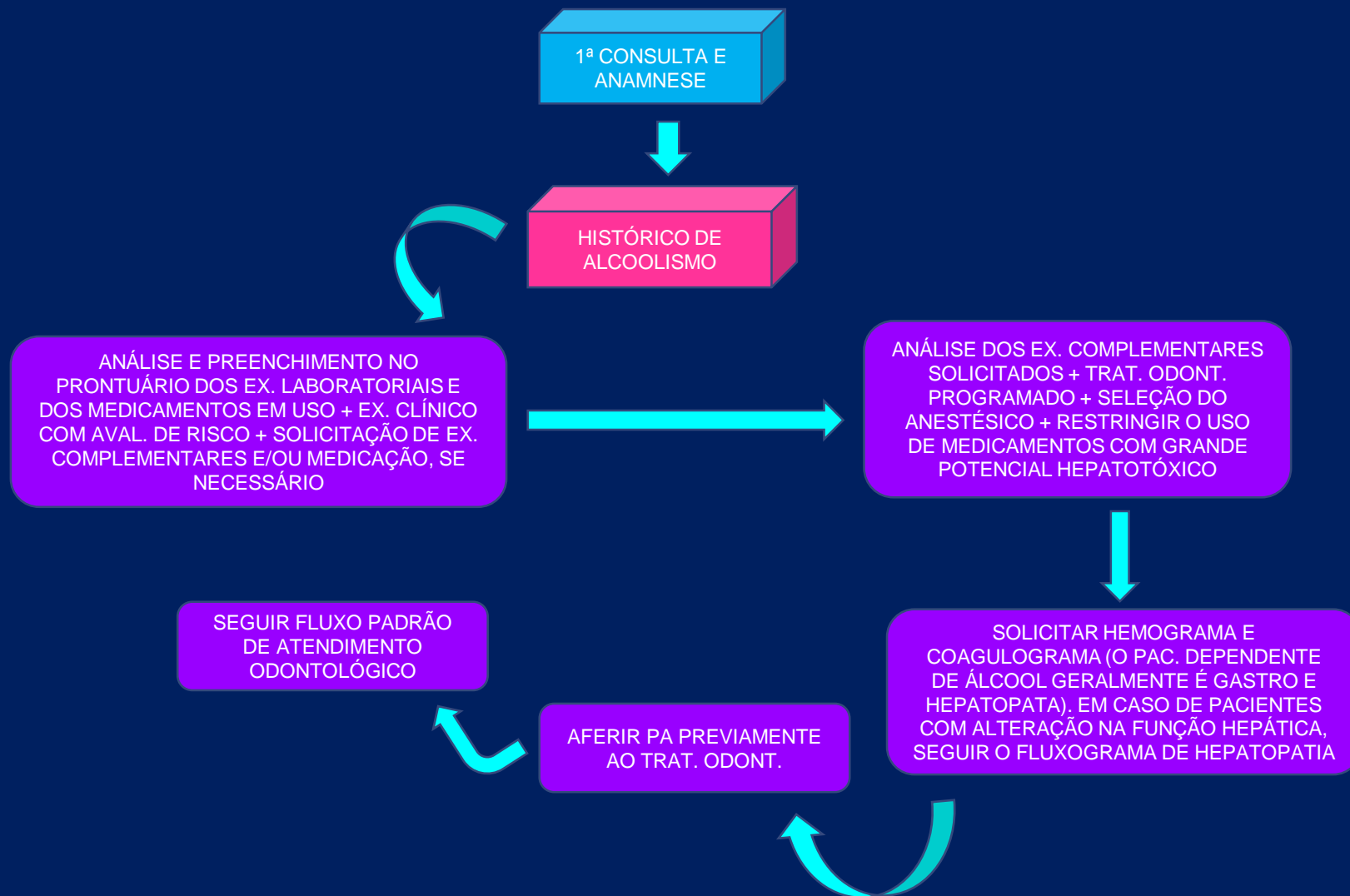
1. XEROSTOMIA/ALTO ÍNDICE DE LESÕES DE CÁRIE ATIVA;
2. FOETOR HEPATICUS (ODOR CARACTERÍSTICO DA D. HEPÁTICA AVANÇADA);
3. ALTERAÇÃO DA COLORAÇÃO DO ESMALTE DENTAL PODENDO AFETAR AMBAS AS DENTIÇÕES (HIPERBILIRRUBINEMIA SECUNDÁRIA);
4. ALTERAÇÃO NO SANGRAMENTO/FORMAÇÃO DE PETÉQUIAS;
5. SANGRAMENTO GENGIVAL AO MENOR TRAUMA;
6. QUEILITE;
7. ATRASO NA ERUPÇÃO DENTAL;
8. ALTERAÇÃO NA COLORAÇÃO DOS TEC. MOLES, LÍNGUA E PAPILAS GUSTATIVAS;
9. PATOLOGIAS ASSOCIADAS AO PERIODONTO DE PROTEÇÃO E DE SUSTENTAÇÃO EM PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE DECORRENTES DOS IMUNOSSUPRESSORES;
10. HIPOPLASIA DE ESMALTE;
11. AUMENTO DA CÂMARA PULPAR E DOS CANAIS RADICULARES;
12. GLOSSITE.

ÍNDICE

ÍNDICE

FLUXOGRAMA PACIENTE DEPENDENTE DE ÁLCOOL

REFERÊNCIA



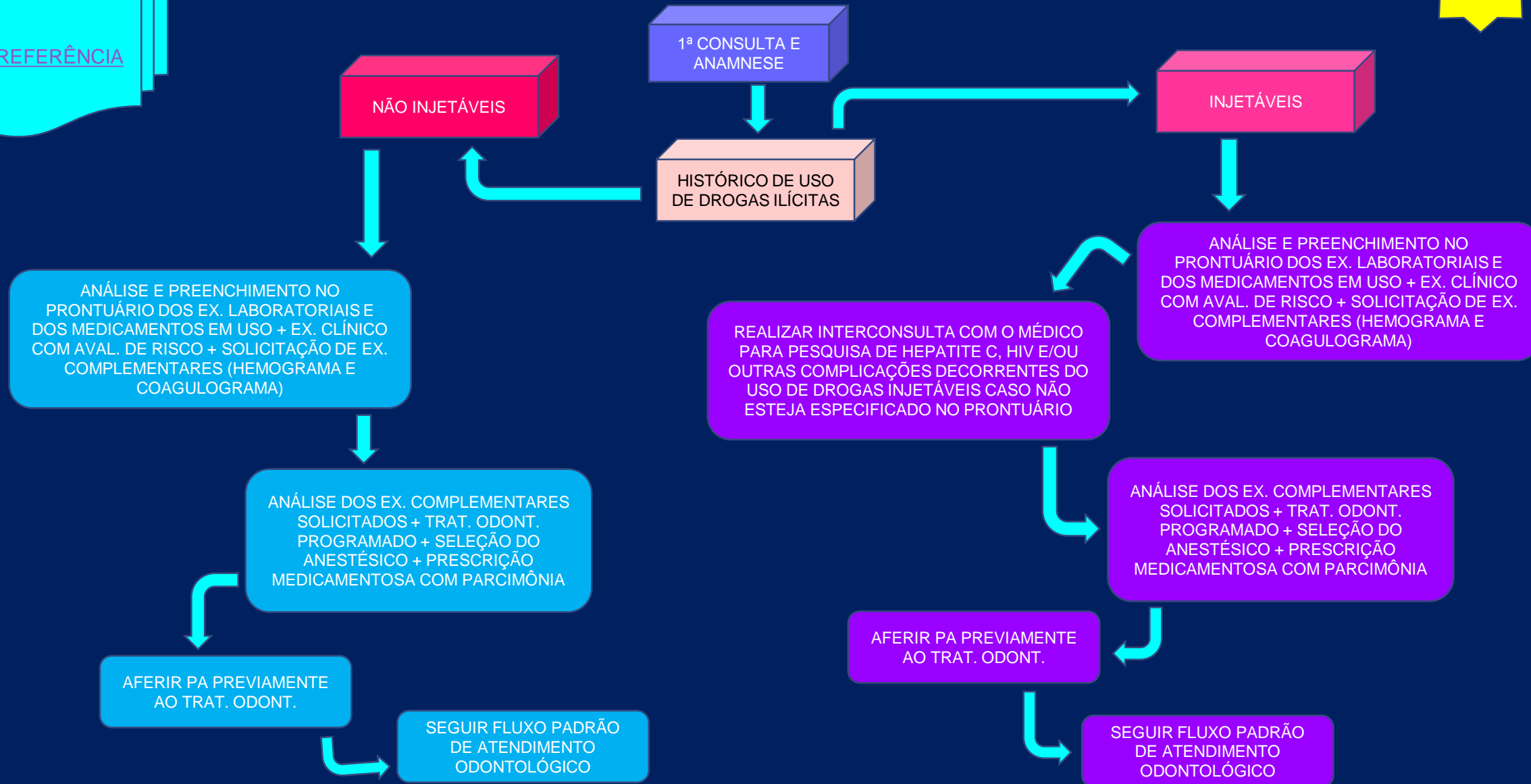
CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL

1. PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL GERALMENTE SÃO REFRATÁRIOS AO TRATAMENTO. O CIRURGIÃO-DENTISTA TEM UM GRANDE PAPEL NA ADESÃO DESTES PACIENTES. É ACONSELHÁVEL CONVOCAR ALGUM FAMILIAR RESPONSÁVEL PARA A CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.
2. TODO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DEVE SER REALIZADO APÓS A SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE HEMOGRAMA E DE COAGULAÇÃO. PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL TÊM MAIOR PROBABILIDADE DE DESENVOLVER OSTEOMIELITE, SOBRETUDO EM CASOS DE FRATURA MANDIBULAR. CONSIDERAR PROFILAXIA ANTIBIÓTICA.
3. PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL MUITAS VEZES NÃO SE ALIMENTAM DIREITO E APRESENTAM ANEMIA E CARÊNCIA VITAMÍNICA. SÃO PACIENTES MAIS SUSCETÍVEIS A ADQUIRIR INFECÇÕES, PNEUMONIAS E TUBERCULOSE.
4. A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DEVE SER CAUTELOSA DEVIDO AO COMPROMETIMENTO GÁSTRICO E HEPÁTICO.
5. O CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL PODE LEVAR AO REFLUXO GASTROESOFÁGICO. MUITOS PACIENTES APRESENTAM EROSÃO DENTAL ACENTUADA (PERIMÓLISE).
6. PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL DEVEM FAZER MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA EVITAR O DESENVOLVIMENTO DE INFECÇÕES E PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL.

FLUXOGRAMA PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO DE DROGAS ILÍCITAS

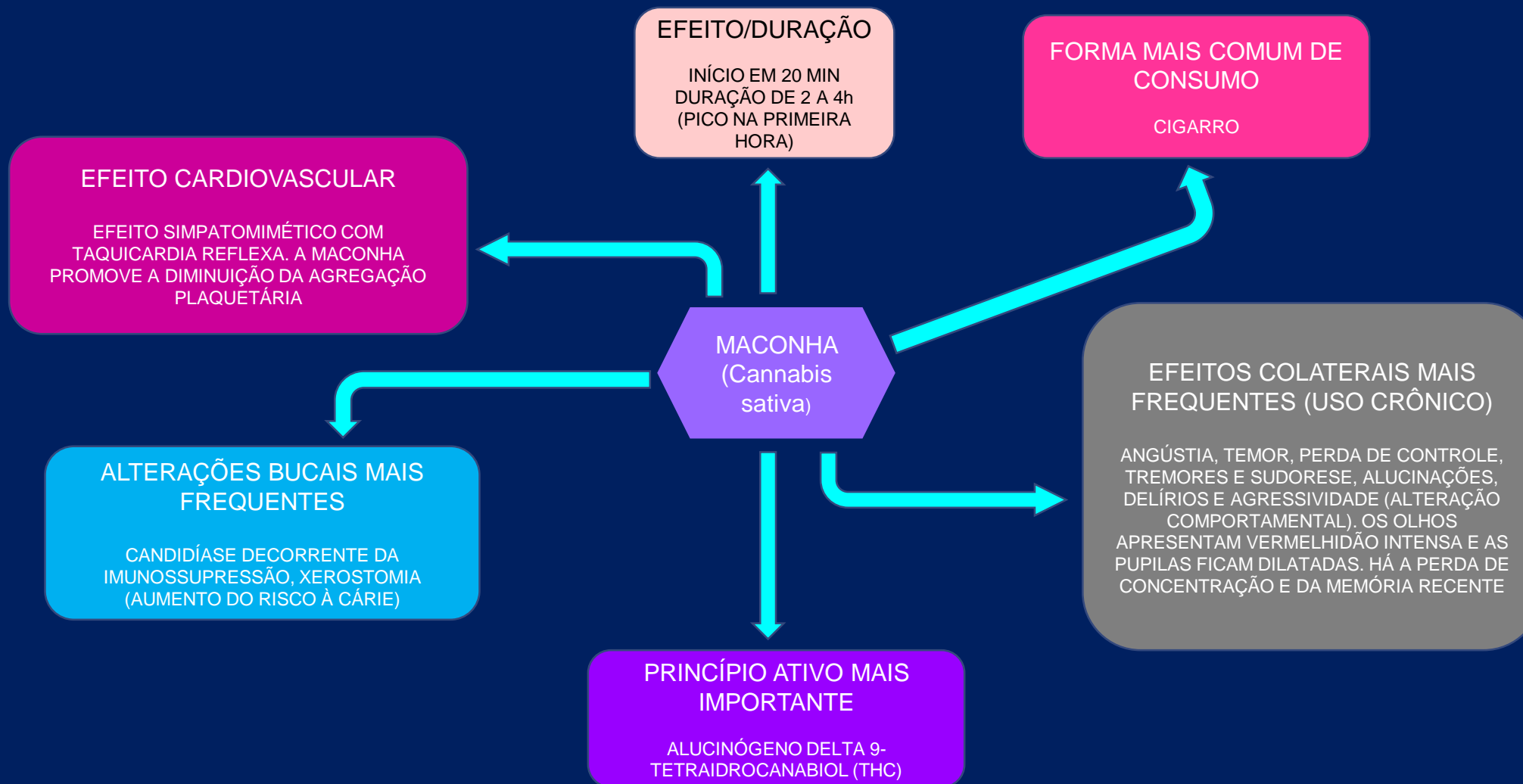
ÍNDICE

REFERÊNCIA



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS DE DROGAS ILÍCITAS

1. PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS DE DROGAS ILÍCITAS GERALMENTE SÃO REFRATÁRIOS AO TRATAMENTO. O CIRURGIÃO-DENTISTA TEM UM GRANDE PAPEL NA ADEÇÃO DESTES PACIENTES. É ACONSELHÁVEL CONVOCAR ALGUM FAMILIAR RESPONSÁVEL PARA A CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.
2. **TODO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DEVE SER REALIZADO APÓS A SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE HEMOGRAMA E DE COAGULAÇÃO. CONSIDERAR PROFILAXIA ANTIBIÓTICA.**
3. PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS DE DROGAS ILÍCITAS MUITAS VEZES NÃO SE ALIMENTAM DIREITO E APRESENTAM ANEMIA E CARÊNCIA VITAMÍNICA. SÃO PACIENTES MAIS PROPENSOS A ADQUIRIR INFECÇÕES, PNEUMONIAS, TUBERCULOSE, HEPATITE C (PARA OS DEPENDENTES DE DROGAS INJETÁVEIS) E OUTRAS ISTs (RELAÇÃO SEXUAL SEM PROTEÇÃO).
4. **O USO DE ALGUMAS DROGAS ILÍCITAS PODE PREDISPOR À CRÍSE HIPERTENSIVA. O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DEVE SER REALIZADO NO MÍNIMO 24h APÓS O USO DE DROGAS.**
5. DEVIDO À PRÁTICA DE COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS, O USUÁRIO TEM UM MAIOR RISCO DE CONTAMINAÇÃO COM HEPATITES E HIV.
6. **TEM SIDO RELATADO UM AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE ENDOCARDITE BACTERIANA EM USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS CAUSADA NA MAIORIA DOS CASOS PELO *Staphylococcus aureus*. APESAR DE MENOS FREQUENTE, TAMBÉM HÁ RELATOS DE ENDOCARDITE BACTERIANA CAUSADA PELO *Streptococcus viridans* (alfahemolítico) – GRUPO DE MAIOR INTERESSE ODONTOLÓGICO. ANALISAR A NECESSIDADE DE ESQUEMA PROFILÁTICO PARA ENDOCARDITE PARA OS USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS.**



EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS: SOLVENTES











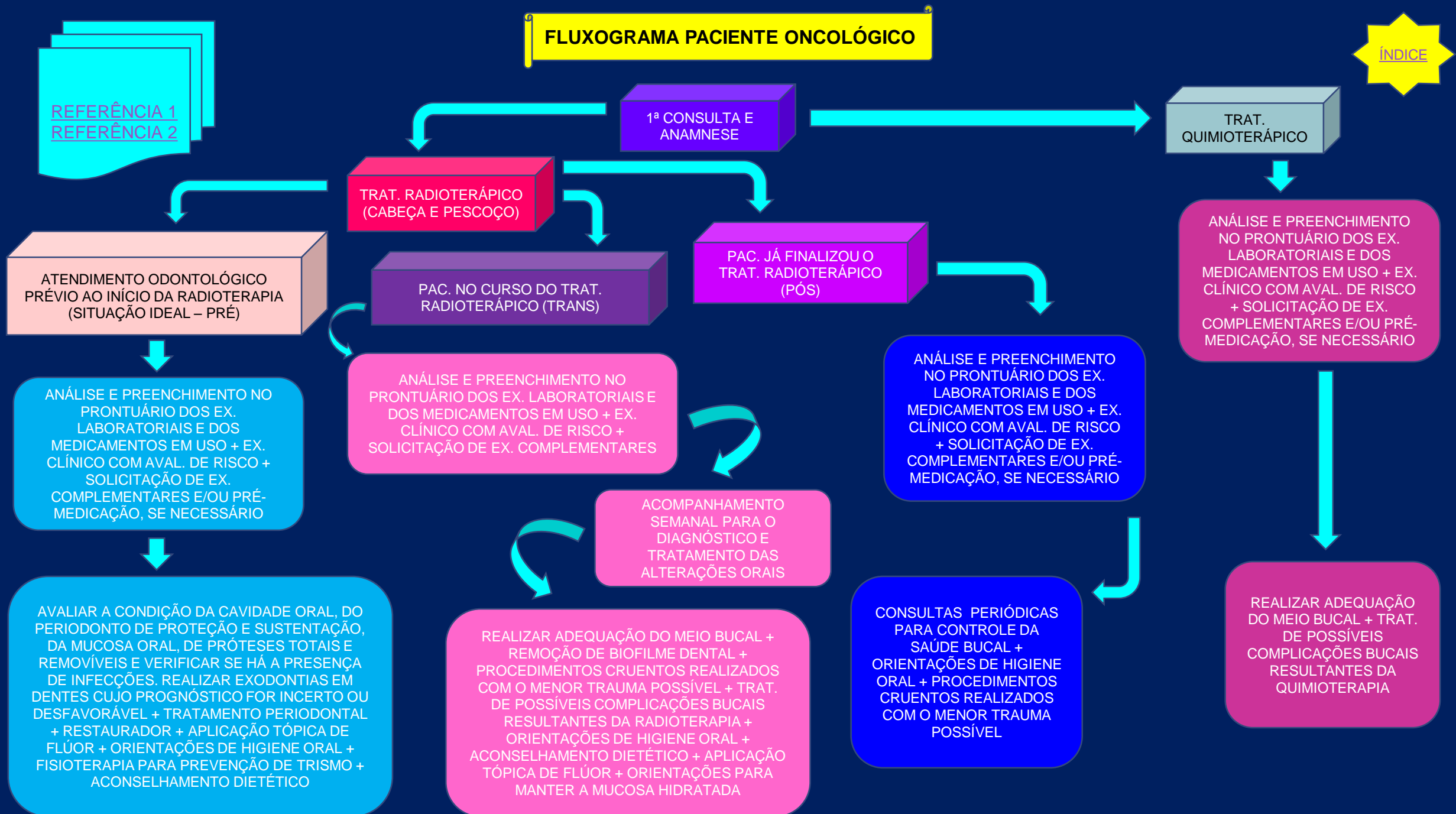
EFEITOS DELETÉRIOS DAS PRINCIPAIS DROGAS ILÍCITAS: HEROÍNA





FLUXOGRAMA PACIENTE ONCOLÓGICO

ÍNDICE



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

1. PACIENTES ONCOLÓGICOS DEVEM FAZER MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA EVITAR O DESENVOLVIMENTO DE FOCOS DE INFECÇÃO E REALIZAR CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E DA SAÚDE PERIODONTAL.
2. PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIO/RADIOTERÁPICO PODEM DESENVOLVER INFECÇÕES OPORTUNISTAS DEVIDO À IMUNOSSUPRESSÃO. QUALQUER PROCEDIMENTO INVASIVO DEVE ESTAR TOTALMENTE RESPALDADO POR EXAMES COMPLEMENTARES QUE ASSEGUREM A INTERVENÇÃO.
3. OS EFEITOS DA RADIOTERAPIA SOBRE OS TECIDOS ORAIS (HIPOVASCULARIZAÇÃO, HIPOCELULARIDADE E HIPOXIA) PERSISTEM AO LONGO DOS ANOS.
4. OS FENÔMENOS ADVERSOS DA RADIOTERAPIA (CABEÇA E PESCOÇO) PODEM SER CLASSIFICADOS EM AGUDOS (XEROSTOMIA, INFECÇÕES OPORTUNISTAS, TRISMO, HIPOGEUSIA, DISPEPSIA, DISFAGIA, RADIODERMITE, HEMORRAGIAS, ALOPECIA, NECROSE DE TECIDO MOLE E MUCOSITES ORAIS) E TARDIOS (CÁRIES DE RADIAÇÃO, DOENÇA PERIODONTAL, TRISMO, ALTERAÇÃO NA EXTENSÃO DO PESCOÇO, DERMATITE CRÔNICA E OSTEORRADIONECROSE).
5. ESSES FENÔMENOS ADVERSOS OCORREM DE ACORDO COM A DOSE, O LOCAL DE APLICAÇÃO, O FRACIONAMENTO, A IDADE E A CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE.
6. É IMPORTANTE O CONHECIMENTO DA CONDIÇÃO BUCAL DO PACIENTE PARA A REALIZAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA CONTROLE E ELIMINAÇÃO DOS EFEITOS COLATERAIS DA RADIOTERAPIA OBJETIVANDO A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE.

COMPLICAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DA QUIMIO E DA RADIOTERAPIA – 1ª PARTE

ÍNDICE

MUCOSITE

CONDIÇÃO ULCERATIVA DIFUSA DA MUCOSA BUCAL NÃO CERATINIZADA. AS ÁREAS MAIS SENSÍVEIS SÃO O PALATO MOLE, A REGIÃO DAS AMÍGDALAS, A MUCOSA JUGAL, A BORDA LATERAL DA LÍNGUA E A PAREDE FARÍNGEA

PODE CAUSAR GRAUS VARIÁVEIS DE DOR E QUEIMAÇÃO, DISFAGIA, HIPOGEUSIA, ODINOFAGIA, DIFICULDADE DE FALA E PREDISPÕE AO DESENVOLVIMENTO DE INFECÇÕES FÚNGICAS. É CLASSIFICADA PELA OMS EM GRAUS: 1, 2, 3 e 4

O ASPECTO ERITEMATOSO INICIAL SERÁ SUBSTITUÍDO POR MANCHAS BRANCAS OU AMARELADAS DISPERSAS (DECORRENTES DO ACÚMULO DE CÉLULAS EPITELIAIS SUPERFICIAIS DESVITALIZADAS, DE FIBRINA E DE INFILTRADO POLIMORFONUCLEAR)

O TRATAMENTO É PALIATIVO E VISA MINIMIZAR O DESCONFORTO. BASEIA-SE NOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS E TEM O INTUITO DE REDUZIR O PROCESSO INFLAMATÓRIO LOCAL

XEROSTOMIA

ALTERAÇÃO MAIS COMUM RESULTANTE DA IRRADIAÇÃO DE CABEÇA E PESCOÇO. O FLUXO SALIVAR DIMINUI E A SALIVA SE TORNA MAIS ESPESA, VISCOSA, COM COLORAÇÃO ESCURECIDA E ÁCIDA. HÁ ALTERAÇÃO DO VOLUME SALIVAR, DA VISCOSIDADE, DO pH E DOS NÍVEIS DE IMUNOGLOBULINA E ELETRÓLITOS, COMPROMETENDO SUA CAPACIDADE TAMPONANTE, REMINERALIZANTE E ANTIBACTERIANA

CÁRIE DE RADIAÇÃO

LESÕES SUPERFICIAIS GENERALIZADAS QUE ACOMETEM ÁREAS GERALMENTE RESISTENTES À CÁRIE COMO REGIÃO CERVICAL, SUPERFÍCIES LISAS E PONTAS DE CÚSPIDES. A EVOLUÇÃO É EXTREMAMENTE RÁPIDA PODENDO DESTRUIR COMPLETAMENTE A DENTIÇÃO EM UM PERÍODO DE UM ANO

O TRATAMENTO É PALIATIVO PARA ALIVIAR A SENSAÇÃO DE SECA BUCAL E ESTIMULAR O FLUXO SALIVAR RESIDUAL E RESTAURADOR PARA O TRATAMENTO DAS LESÕES

NEUROTOXICIDADE

ODONTALGIA SEMELHANTE À PULPITE ASSOCIADA À LINFADENOPATIA. OS MOLARES INFERIORES SÃO AFETADOS COM MAIOR FREQUÊNCIA. O EXAME RADIOGRÁFICO PODE REVELAR ESPESSAMENTO DO LIGAMENTO PERIODONTAL

O TRATAMENTO É GUIADO PARA O CONTROLE DA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA

COMPLICAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DA QUIMIO E DA RADIOTERAPIA – 2ª PARTE

ÍNDICE

TRISMO

LIMITAÇÃO NA ABERTURA BUCAL DEVIDO AO EDEMA, À DESTRUIÇÃO CELULAR E À FIBROSE DO TEC. MUSCULAR INDUZIDOS PELA RADIAÇÃO. O TRISMO VARIA DE ACORDO COM A LOCALIZAÇÃO DO TUMOR, A DOSE IRRADIADA E A DISTRIBUIÇÃO DA RADIAÇÃO (UNI OU BILATERAL)

LESÕES DECORRENTES DA IMUNOSSUPRESSÃO

HERPES

QUEILITE ANGULAR

CANDÍDIASE

OSTEORRADIONEUCROSE

COMPLICAÇÃO MAIS SEVERA DECORRENTE DA RADIAÇÃO IONIZANTE EM ALTAS DOSES. A RESTRIÇÃO DO FLUXO SANGUÍNEO NA REGIÃO IRRADIADA DIMINUI A CAPACIDADE DO OSSO DE RESISTIR A TRAUMAS E A DE SE REGENERAR, PREDISPONDO AO DESENVOLVIMENTO DE INFECÇÕES. A MANDÍBULA É MAIS FREQUENTEMENTE ACOMETIDA QUE A MAXILA DEVIDO A UMA MAIOR DENSIDADE ÓSSEA

O TRATAMENTO CONSISTE NO DEBRIDAMENTO DO TECIDO NECROSADO, REMOÇÃO CIRÚRGICA DE SEQUESTROS ÓSSEOS, OXIGENAÇÃO HIPERBÁRICA E MEDICAÇÃO ANTIBIÓTICA

SANGRAMENTO GENGIVAL

O SANGRAMENTO GENGIVAL PODE SER ESPONTÂNEO OU POR ESCOVAÇÃO EM DECORRÊNCIA DA PLAQUETOPENIA

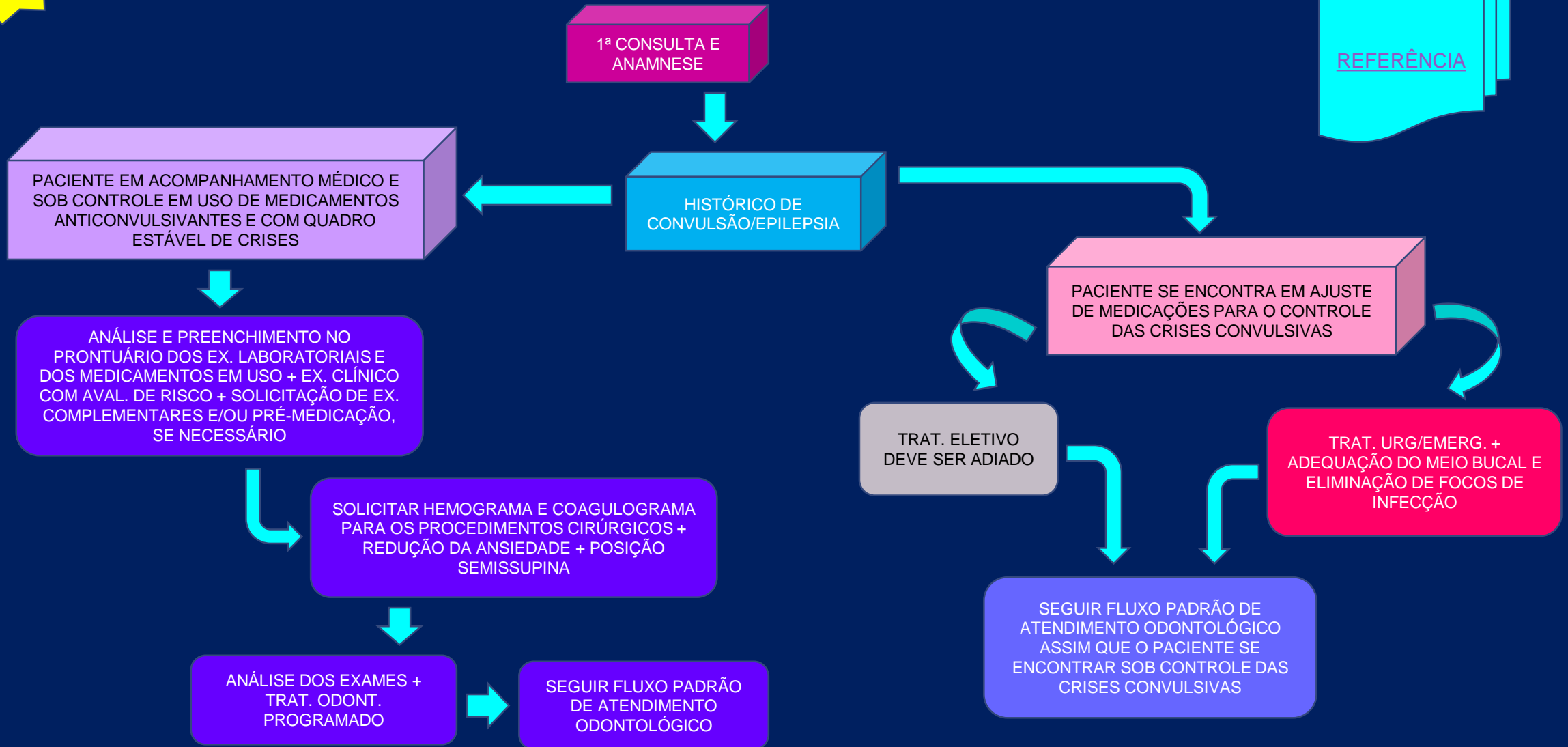
OSTEONEUCROSE

NECROSE ÓSSEA DECORRENTE DOS EFEITOS DE ALGUMAS DROGAS QUIMIOTERÁPICAS

ÍNDICE

FLUXOGRAMA DESORDENS CONVULSIVAS

REFERÊNCIA



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM DESORDENS CONVULSIVAS

1. ALGUNS ANTICONVULSIVANTES (VALPROATO E CARBAMAZEPINA) CAUSAM PLAQUETOPENIA. REALIZAR INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS APÓS VERIFICAR HEMOGRAMA E COAGULOGRAMA.
2. A FENITOÍNA PREDISPÕE AO DESENVOLVIMENTO DE HIPERPLASIA GENGIVAL. ENTRAR EM CONTATO COM O MÉDICO PARA POSSÍVEL TROCA DE MEDICAMENTO PARA OS CASOS GRAVES E RECORRENTES DE HIPERPLASIAS.
3. TODO PACIENTE EM USO DE ANTICONVULSIVANTE DEVE FAZER MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA EVITAR FOCOS DE INFECÇÃO E PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL.
4. ALGUNS ANTICONVULSIVANTES (FENOBARBITAL E PRIMIDONA) SÃO DEPRESSORES DO SNC. EVITAR A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM EFEITOS DEPRESSORES.
5. ALGUNS ANTICONVULSIVANTES (FENOBARBITAL, PRIMIDONA, FENITOÍNA) SÃO CATALISADORES DAS ENZIMAS HEPÁTICAS. A PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DEVE SER FEITA COM CAUTELA.
6. PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS DEVEM SER ORIENTADOS, SE POSSÍVEL, A SUBSTITUÍ-LAS POR PRÓTESES FIXAS PARA NÃO CORREREM O RISCO DE ASPIRAR ALGUM FRAGMENTO ROMPIDO DURANTE A CRISE CONVULSIVA.
7. PACIENTES QUE APRESENTEM UMA CRISE CONVULSIVA DURANTE O TRATAMENTO DEVEM SER COLOCADOS EM DECÚBITO LATERAL COM APOIO PARA A CABEÇA PARA EVITAR A ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES OU MATERIAIS DENTÁRIOS E ESTABILIZADOS PARA NÃO SE MACHUCAREM. O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE GARANTIR QUE AS VIAS AÉREAS ESTEJAM DESOBSTRUÍDAS.
8. A LUZ DO REFLETOR PODE SER CONSIDERADA UM GATILHO NA INDUÇÃO DE UM EPISÓDIO CONVULSIVO. ORIENTAR O PACIENTE A NÃO OLHAR DIRETAMENTE PARA O FOCO.



FLUXOGRAMA TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS



1ª CONSULTA E ANAMNESE

HISTÓRICO DE ALGUM TRANSTORNO MENTAL OU COMPORTAMENTAL

PAC. COLABORA E O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PODE SER REALIZADO NA UNIDADE DE ORIGEM

SIM

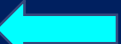
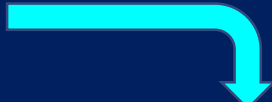
NÃO

ANÁLISE E PREENCHIMENTO NO PRONTUÁRIO DOS EX. LABORATORIAIS E DOS MEDICAMENTOS EM USO + EX. CLÍNICO COM AVAL. DE RISCO + SOLICITAÇÃO DE EX. COMPLEMENTARES E/OU PRÉ-MEDICAÇÃO, SE NECESSÁRIO

ENCAMINHAR AO SETOR ESPECIALIZADO OU A SETOR HOSPITALAR QUANDO SEDAÇÃO OU ANESTESIA GERAL FOR NECESSÁRIA AO TRAT. ODONT. (SIST. REF/CONTRARREF) – PAC. REFRACTÁRIOS APÓS TENTATIVA DE CONDICIONAMENTO

VERIFICAR POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS + SELEÇÃO DO ANESTÉSICO + AGENDAR O PAC. PREFERENCIALMENTE NO MEIO DA MANHÃ OU INÍCIO DO PERÍODO VESPERTINO + COLOCAR OS INSTRUMENTAIS LONGE DO ALCANCE DO PACIENTE

SEGUIR FLUXO PADRÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS

1. USAR ANESTÉSICO SEM VASOCONSTRITOR EM PACIENTES QUE FAÇAM USO DE INIBIDORES DA MONOAMINA OXIDASE (IMAO) – EFEITO SINÉRGICO LEVANDO À CRISE HIPERTENSIVA.
 2. **ALGUNS MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS CAUSAM DIMINUIÇÃO DO FLUXO SALIVAR E ALTERAM A SUA COMPOSIÇÃO.**
 3. É FUNDAMENTAL A ADEÇÃO FAMILIAR PARA O ÊXITO DO TRATAMENTO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO.
 4. **ALGUNS MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS CAUSAM SONOLÊNCIA E O PACIENTE NÃO CONSEGUE ACORDAR. AGENDÁ-LO PREFERENCIALMENTE NO MEIO DA MANHÃ OU INÍCIO DO PERÍODO VESPERTINO.**
5. CABE AO CIRURGIÃO-DENTISTA ATENDER O PACIENTE PSIQUIÁTRICO ASSIM QUE ELE CHEGAR AO SERVIÇO PARA NÃO CAUSAR ANSIEDADE E RELUTÂNCIA AO ATENDIMENTO.
6. **É ACONSELHÁVEL O CONDICIONAMENTO DO PACIENTE ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MENOS INVASIVOS NAS PRIMEIRAS CONSULTAS (EXCETO PARA OS CASOS DE INFECÇÕES E URGÊNCIAS) EVOLUINDO GRADATIVAMENTE PARA OS PROCEDIMENTOS MAIS INVASIVOS. ESTA CONDUTA ESTABELECE O VÍNCULO COM O PACIENTE PSIQUIÁTRICO.**
7. A LABILIDADE EMOCIONAL DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO PODE VARIAR E DIFERIR NAS CONSULTAS. CABE AO CIRURGIÃO-DENTISTA OBSERVAR O ESTADO EMOCIONAL DO PACIENTE NO DIA DA CONSULTA E ADAPTAR O TRAT. ODONTOLÓGICO DE ACORDO COM O COMPORTAMENTO APRESENTADO.
 8. **PACIENTES COM BULIMIA E HÁBITO DE REGURGITAÇÃO APRESENTAM EROSÃO DENTAL.**
9. PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEVEM FAZER MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA EVITAR O DESENVOLVIMENTO DE INFECÇÕES E PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE – CID -11

1. A CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SAÚDE, CID, É UMA DAS PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE.
2. A PRINCIPAL FUNÇÃO DO CID É MONITORAR A INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ATRAVÉS DE UMA PADRONIZAÇÃO UNIVERSAL DAS DOENÇAS, PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA, SINAIS E SINTOMAS, QUEIXAS, CAUSAS EXTERNAS PARA FERIMENTOS E CIRCUNSTÂNCIAS SOCIAIS, PROPORCIONANDO UM PANORAMA AMPLO DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DOS PAÍSES E SUAS POPULAÇÕES.
3. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), APÓS MAIS DE UMA DÉCADA EM DESENVOLVIMENTO, LANÇOU EM 18.06.2018 A NOVA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE – CID -11 – EM SUBSTITUIÇÃO AO CID -10 QUE ESTAVA EM VIGOR DESDE MAIO DE 1990.
4. A CID -11 ENTRARÁ EM VIGOR EM 1º DE JANEIRO DE 2022; SENDO O PRÉ-LANÇAMENTO DE 2018 UMA VERSÃO PARA PRÉ-VISUALIZAÇÃO QUE PERMITE AOS PAÍSES O PLANEJAMENTO DE SEU USO, SUAS TRADUÇÕES E TREINAMENTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

PRINCIPAIS MUDANÇAS COM A 11ª VERSÃO DO CID

1. O NOVO DOCUMENTO REFLETE O PROGRESSO DA MEDICINA E OS AVANÇOS NA COMPREENSÃO CIENTÍFICA.
2. OS CÓDIGOS RELATIVOS À RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA ESTÃO MAIS ALINHADOS AO SISTEMA GLOBAL DE VIGILÂNCIA DA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA (GLASS).
3. A CID-11 REFLETE MELHOR OS DADOS SOBRE SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
4. UM DOS PRINCIPAIS PRINCÍPIOS DESTA REVISÃO FOI SIMPLIFICAR A ESTRUTURA DE CODIFICAÇÃO E FERRAMENTAS ELETRÔNICAS, PERMITINDO O REGISTRO DAS CONDIÇÕES DE FORMA MAIS FÁCIL E COMPLETA.
5. A CID-11 FORNECE MELHORIAS SIGNIFICATIVAS EM RELAÇÃO ÀS VERSÕES ANTERIORES E, PELA PRIMEIRA VEZ, É COMPLETAMENTE ELETRÔNICA.
6. A CID -11 CONTÉM CERCA DE 55 MIL CÓDIGOS ÚNICOS PARA LESÕES, DOENÇAS E CAUSAS DE MORTE *VERSUS* 14.400 DA CID -10.
7. ENTRE AS NOVIDADES DA PUBLICAÇÃO, ESTÃO A INCLUSÃO DO DISTÚRBO DE GAMES (GAMING DISORDER) COMO UM DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL, ALÉM DE CAPÍTULOS INÉDITOS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL E SAÚDE SEXUAL.

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – 1ª PARTE

ÍNDICE

AMBIENTES

POSSUIR BARREIRAS FÍSICAS COM BLINDAGEM SUFICIENTE PARA GARANTIR A EXECUÇÃO DO EXAME, NÃO ULTRAPASSANDO OS NÍVEIS DE RESTRIÇÃO DE DOSE ESTABELECIDOS NA LEGISLAÇÃO VIGENTE (PAREDES COM 8cm DE ESPESSURA OU REVESTIDAS COM 1mm DE CHUMBO)

INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO INTRAORAL EM AMBIENTE COM DIMENSÃO SUFICIENTE PARA O OPERADOR E A EQUIPE SE POSICIONAREM A PELO MENOS 2m DO CABEÇOTE E DO PACIENTE

SINALIZAÇÃO VISÍVEL NAS PORTAS DE ACESSO CONTENDO O SÍMBOLO INTERNACIONAL DE RADIAÇÃO IONIZANTE

EQUIPAMENTOS DE RAIOS X

POSSUIR DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA PELO FABRICANTE RELATIVA ÀS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS, ESPECIFICAÇÕES DE DESEMPENHO, INSTRUÇÕES DE OPERAÇÃO, DE MANUTENÇÃO E DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CERTIFICAÇÃO DE BLINDAGEM DO CABEÇOTE QUANTO À RADIAÇÃO DE FUGA

A EMISSÃO DE RAIOS X, ENQUANTO DURAR A EXPOSIÇÃO RADIOGRÁFICA, DEVE SER INDICADA POR UM SINAL LUMINOSO LOCALIZADO NO PAINEL DE CONTROLE DO APARELHO

O LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO DEVE SER REALIZADO A CADA 4 ANOS

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS: TENSÃO DE 70KVp; BLINDAGEM DO CABEÇOTE ADEQUADA PARA MINIMIZAR A RADIAÇÃO DE FUGA A UMA TAXA LIMITE DE 0,5mGy/h A 1m DO PONTO FOCAL; EQUIPAMENTO DE RAIOS X COM COLIMAÇÃO PARA LIMITAR O CAMPO DE RAIOS X AO MÍNIMO NECESSÁRIO PARA COBRIR A ÁREA; SISTEMA DE CONTROLE ELETRÔNICO

PARA CADA EQUIPAMENTO DE RAIOS X DEVE HAVER UMA VESTIMENTA PLUMBÍFERA QUE GARANTA A PROTEÇÃO DE TIREÓIDE E GÔNADAS DO PACIENTE (AO MENOS 0,25mm DE CHUMBO)

REGISTROS E ARQUIVOS

PLANILHAS E REGISTROS CONTENDO: DATA DO EXAME, NOME DO PACIENTE, IDADE, SEXO, TIPO DE PROCEDIMENTO REALIZADO, QUANTIDADE DE FILMES UTILIZADOS, TEMPO DE EXPOSIÇÃO E FILMES REJEITADOS

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA – 2ª PARTE

ÍNDICE

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

PROTEÇÃO DO OPERADOR E DA EQUIPE

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

DOSÍMETRO INDIVIDUAL

É VEDADA TODA EXPOSIÇÃO QUE NÃO POSSA SER JUSTIFICADA

EXAMES RADIOGRÁFICOS SOMENTE DEVEM SER REALIZADOS QUANDO, APÓS EXAME CLÍNICO, SEJAM JULGADOS NECESSÁRIOS A UM DIAGNÓSTICO OU TRATAMENTO

O TEMPO DE EXPOSIÇÃO DEVE SER O MENOR POSSÍVEL PARA A OBTENÇÃO DE UMA IMAGEM RADIOGRÁFICA DE BOA QUALIDADE

UTILIZAR PREFERENCIALMENTE POSICIONADORES PARA EVITAR QUE O PACIENTE SEGRE O FILME

OPERADORES COM CARGA DE TRABALHO SUPERIOR À 30mA/min POR SEMANA (~150 RADIOGRAFIAS) DEVEM SE MANTER ATRÁS DE UMA BARREIRA PROTETORA COM UMA ESPESSURA MÍNIMA DE 0,5mm DE CHUMBO

O OPERADOR E A EQUIPE NÃO PODEM SE POSICIONAR NA DIREÇÃO DO FEIXE PRIMÁRIO, NEM SEGURAR O CABEÇOTE DURANTE AS EXPOSIÇÕES

NENHUM MEMBRO DA EQUIPE DEVE SEGURAR O FILME DURANTE A EXPOSIÇÃO

RECOMENDA-SE A REALIZAÇÃO DE HEMOGRAMA SEMESTRAL PARA O OPERADOR E A SUA EQUIPE

PROCESSAMENTO DO FILME

MANUAL

AUTOMÁTICO

✓ PADRONIZAÇÃO
✓ RAPIDEZ
✓ ESPAÇO

DEVE RESPEITAR A CONCENTRAÇÃO DA SOLUÇÃO, A TEMPERATURA E O TEMPO DE REVELAÇÃO

DISPENSÁVEL PARA CARGA MÁXIMA DE TRABALHO INFERIOR A 4mA/min POR SEMANA (~24 RADIOGRAFIAS PERIAPICAIAS)

PROFISSIONAIS QUE EXCEDAM 4mA/min POR SEMANA DEVEM USAR DOSÍMETRO NA REGIÃO MAIS EXPOSTA DO TRONCO

O DOSÍMETRO INDIVIDUAL COM LEITURA INDIRETA DEVE SER TROCADO MENSALMENTE. EM CASO DE SUSPEITA DE EXPOSIÇÃO ACIDENTAL, ENVIAR PARA LEITURA EM CARÁTER DE URGÊNCIA

FLUXOGRAMA TUBERCULOSE PULMONAR

1ª CONSULTA E ANAMNESE

REFERÊNCIA

PACIENTE EM USO DE MEDICAÇÃO HÁ MENOS DE 15 DIAS OU PACIENTES RESISTENTES AO ESQUEMA MEDICAMENTOSO DE 1ª ESCOLHA

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE TUBERCULOSE PULMONAR

PACIENTE EM USO DE MEDICAÇÃO HÁ MAIS DE 15 DIAS E NÃO RESISTENTE

- ✓ ADIAR PROCEDIMENTOS ELETIVOS ATÉ OS RESULTADOS MOSTRAREM QUE O PACIENTE DEIXOU DE SER BACILÍFERO;
- ✓ PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DEVEM SER REALIZADOS COM MÁSCARA CONTRA PARTICULADOS DE ORIGEM BIOLÓGICA (PPF/2/N95);
- ✓ CAUTELA NO USO DE ULTRASSOM E COM OS AEROSSÓIS DO ALTA-ROTAÇÃO – A TRANSMISSIBILIDADE É MAIOR

ANÁLISE E PREENCHIMENTO NO PRONTUÁRIO DOS EX. LABORATORIAIS E DOS MEDICAMENTOS EM USO + EX. CLÍNICO COM AVAL. DE RISCO + SOLICITAÇÃO DE EX. COMPLEMENTARES E/OU PRÉ-MEDICAÇÃO, SE NECESSÁRIO

UTILIZAR MÁSCARA CONTRA PARTICULADOS DE ORIGEM BIOLÓGICA (PPF/2/N95) OU MÁSCARA CIRÚRGICA TRIPLA

PAC. INICIA TRAT. ODONT. PROGRAMADO ASSIM QUE ESTIVER SOB CONTROLE

REALIZAR ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM ELIMINAÇÃO DE FOCOS INFECIOSOS

SEGUIR FLUXO PAC. EM USO DE MEDICAÇÃO HÁ MAIS DE 15 DIAS E NÃO RESISTENTE

SEGUIR FLUXO PADRÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

ÍNDICE

CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR

1. PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR MUITAS VEZES ESTÃO IMUNOSSUPRIMIDOS, SOBRETUDO SE O DIAGNÓSTICO TIVER SIDO FEITO MAIS TARDIAMENTE. TODO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DEVE ESTAR RESPALDADO POR EXAMES COMPLEMENTARES QUE ASSEGUREM A INTERVENÇÃO. CONSIDERAR A NECESSIDADE DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA DEPENDENDO DO ESTADO GERAL DE SAÚDE DO PACIENTE E DA COMPLEXIDADE DA CIRURGIA.
2. CONSIDERAR QUE MUITAS VEZES OS PACIENTES QUE APRESENTAM TUBERCULOSE PULMONAR SÃO PACIENTES DEPENDENTES DE ÁLCOOL. EM CASO DE SUSPEITA DE HEPATOPATIA DECORRENTE DO ABUSO DE ÁLCOOL, O MANEJO CLÍNICO DEVE VISAR NÃO APENAS OS CUIDADOS COM A TUBERCULOSE. É NECESSÁRIO SOLICITAR EXAMES PARA AVALIAR O GRAU DE COMPROMETIMENTO DO FÍGADO E TER CAUTELA NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM GRANDE POTENCIAL HEPATOTÓXICO.
3. PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR GERALMENTE SÃO REFROTÁRIOS AO TRATAMENTO. O CIRURGIÃO-DENTISTA TEM UM GRANDE PAPEL NA ADESÃO DESTES PACIENTES. É ACONSELHÁVEL CONVOCAR ALGUM FAMILIAR RESPONSÁVEL PARA A CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.
4. TODOS OS COMUNICANTES EM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVEM SER AVALIADOS PELA POSSIBILIDADE DE CONTÁGIO.
5. PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR DEVEM REALIZAR MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E DE FOCOS DE INFECÇÃO.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA TUBERCULOSE PULMONAR

PRIMÁRIAS

ÚLCERAS INDÓLORES
COM BORDAS
HEMORRÁGICAS
ACOMPANHADAS DE
LINFADENOPATIA
(DESAPARECEM DE 2 A 3
SEMANAS SEM DEIXAR
CICATRIZ)

SECUNDÁRIAS

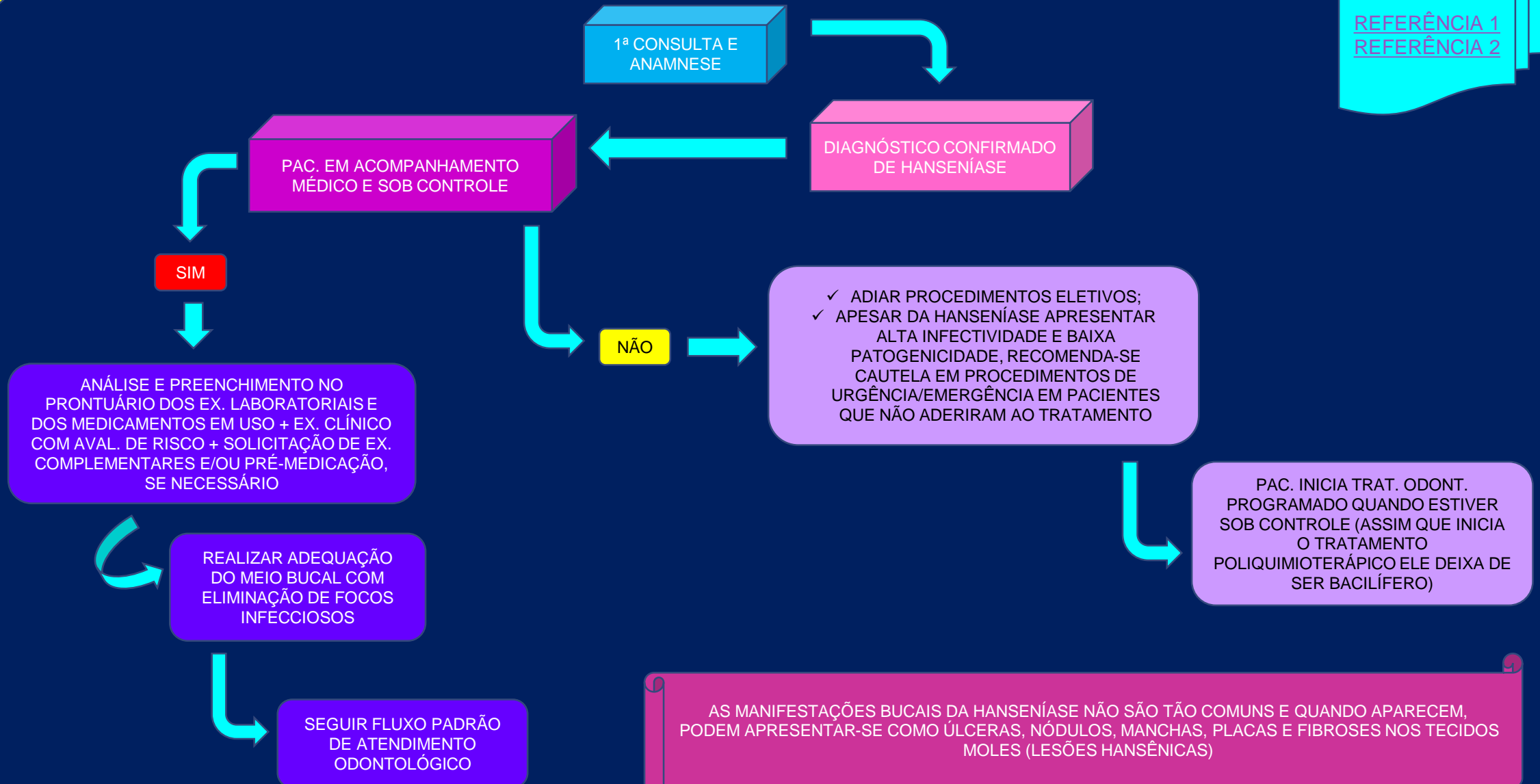
A FORMA PULMONAR DA
DOENÇA É DE
MANIFESTAÇÃO RARA NA
CAVIDADE BUCAL.
QUANDO APARECEM SÃO
ÚLCERAS INDÓLORES DE
CRESCIMENTO LENTO
RODEADAS POR UM
CONJUNTO DE MANCHAS
AMARELADAS (SINAL DE
TRÉLAT). PODEM SE
LOCALIZAR NA LÍNGUA,
PALATO, LÁBIOS,
MUCOSA JUGAL E
GENGIVA

1. A SOBREVIDA EXTRACORPÓREA É DE VÁRIAS SEMANAS, EM SUPERFÍCIES SECAS A 25°C.
2. O MAIOR RISCO DE TRANSMISSÃO É DEPENDENTE DA BACILOSCOPIA POSITIVA.

FLUXOGRAMA HANSENÍASE

ÍNDICE

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2



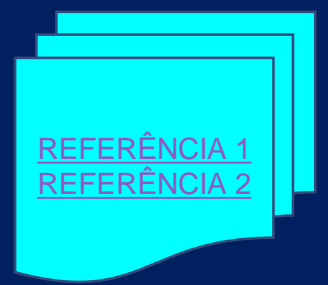
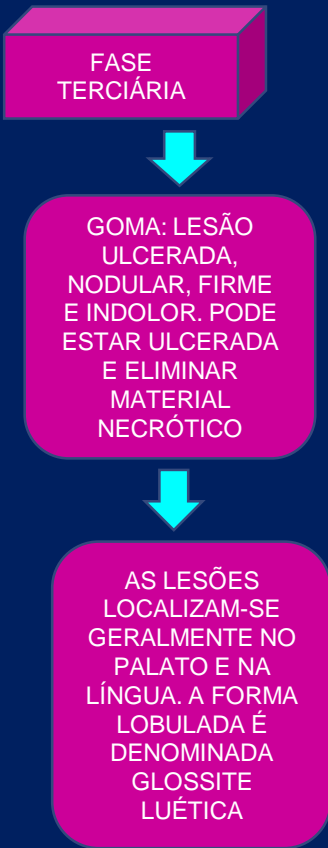
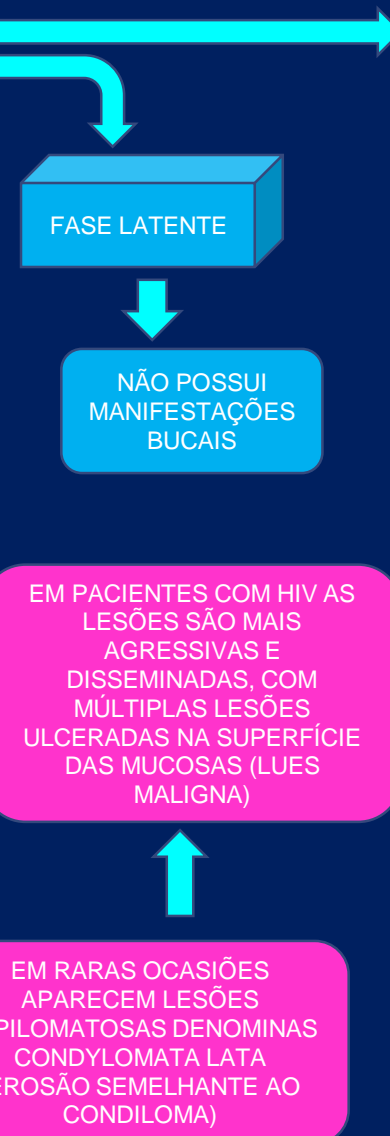
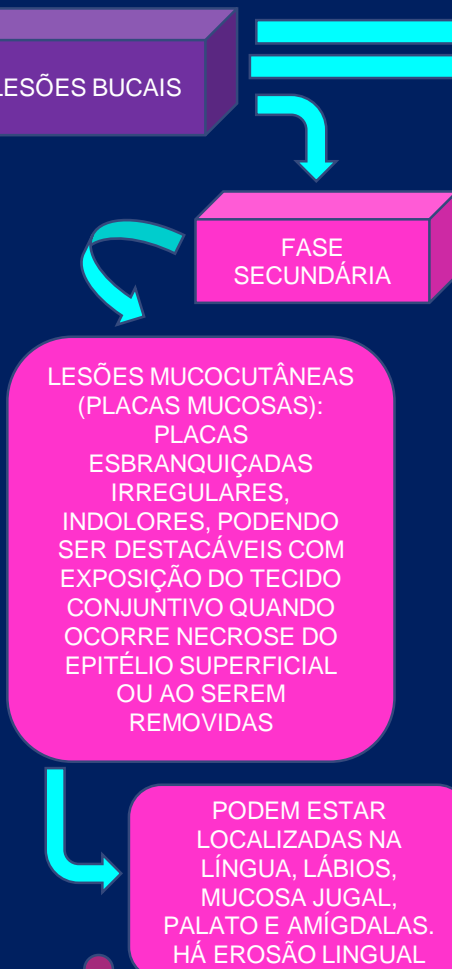
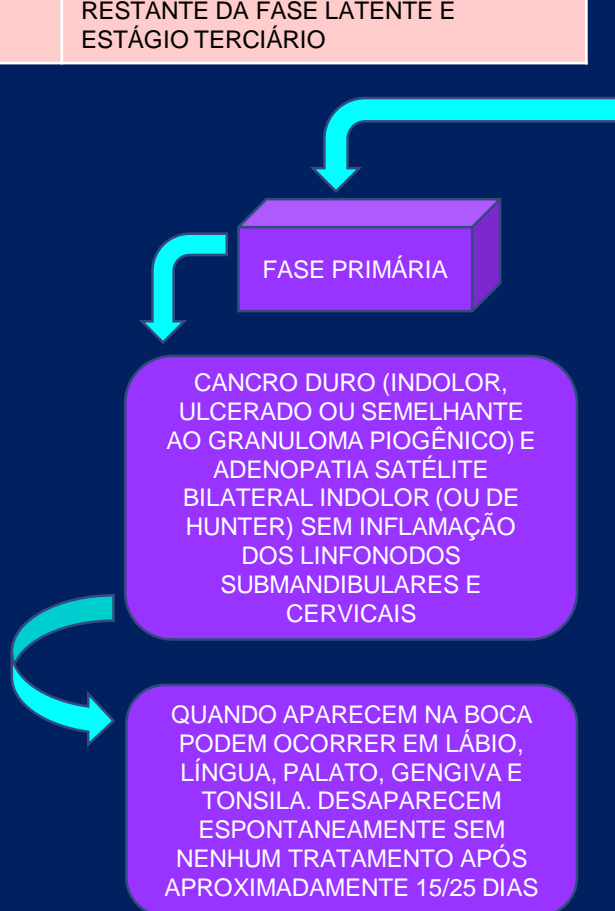
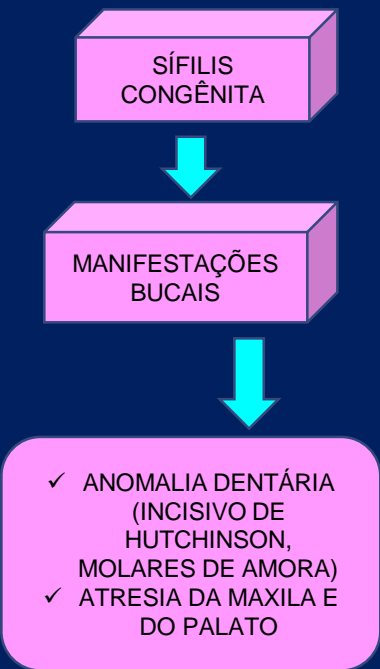
CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM HANSENÍASE (MULTIBACILAR)

1. CASOS PAUCIBACILARES (BAIXA CARGA BACILAR) NÃO INFECTAM AS PESSOAS. APENAS OS CASOS MULTIBACILARES SÃO FONTE DE INFECÇÃO E MANUTENÇÃO DA CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA.
2. ASSIM QUE O PACIENTE INICIA O TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO (PQT), ELE DEIXA DE TRANSMITIR A DOENÇA. AS PRIMEIRAS DOSES JÁ SÃO SUFICIENTES PARA ELIMINAR OS BACIOS E O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PODE SER INICIADO SEM RISCO.
3. FOCOS DE INFECÇÃO PODEM DESENCADear O DESENVOLVIMENTO DO ERITEMA NODOSO HANSÊNICO.
4. NEM SEMPRE É POSSÍVEL EVIDENCIAR *Mycobacterium leprae* NAS LESÕES HANSÊNICAS. A BACILOSCOPIA NEGATIVA NÃO AFASTA O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.
5. A HANSENÍASE PODE APRESENTAR COMPLICAÇÕES QUANDO O DIAGNÓSTICO É FEITO TARDIAMENTE COMO NEURITES E DEFORMIDADES NAS MÃOS (MÃOS EM GARRA). PACIENTES COM RESTRIÇÃO NOS MOVIMENTOS DAS MÃOS TÊM UMA MAIOR DIFICULDADE DE HIGIENIZAÇÃO. A MANUTENÇÃO DE PACIENTES COM HANSENÍASE DEVE SER PERIÓDICA PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E DE FOCOS DE INFECÇÃO.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA SÍFILIS

ÍNDICE

CLASSIFICAÇÃO DE ACORDO COM A OMS (2 FASES)	
RECENTE	TARDIA
ESTÁGIO PRIMÁRIO, SECUNDÁRIO E INÍCIO DA FASE LATENTE	RESTANTE DA FASE LATENTE E ESTÁGIO TERCIÁRIO



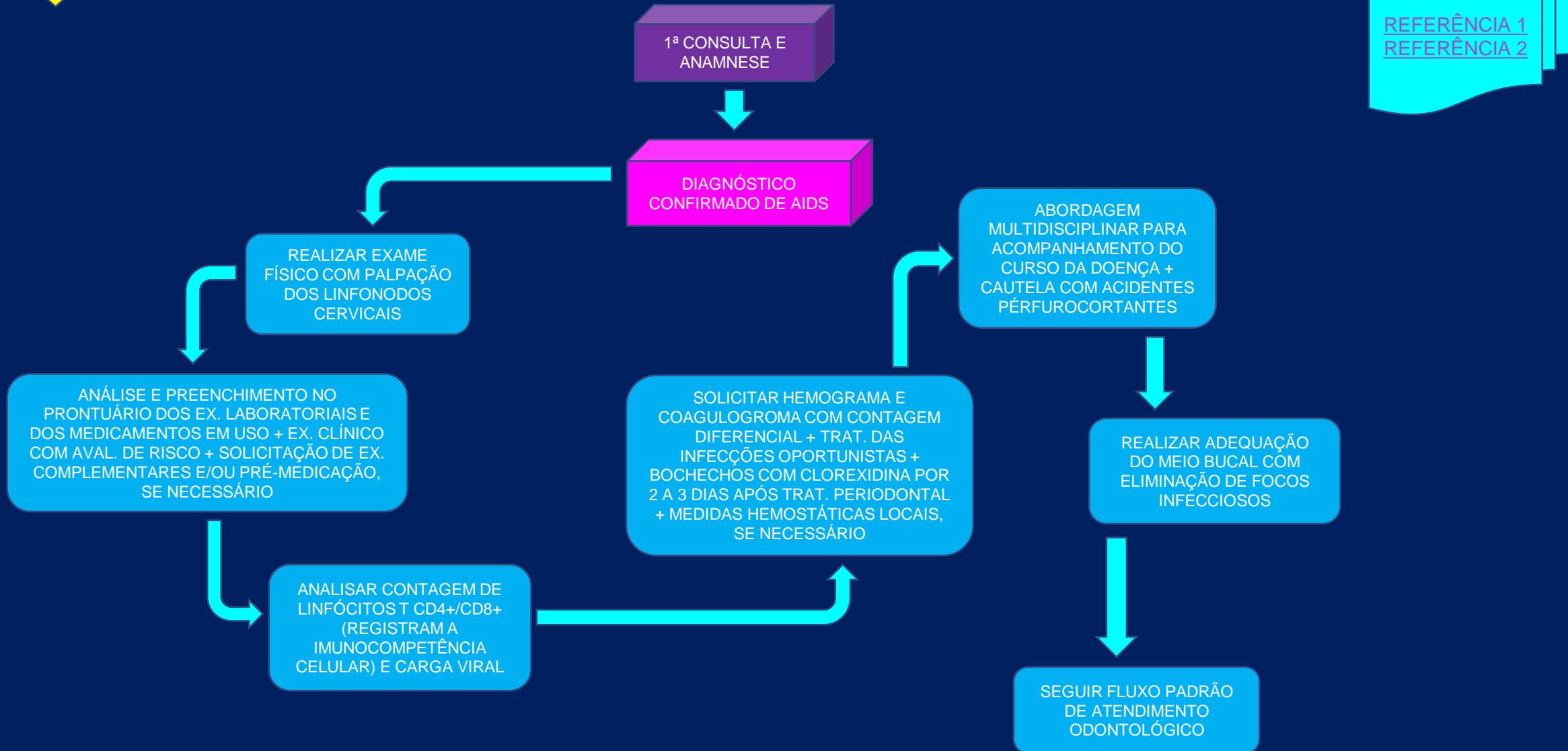
1. A SOBREVIDA EXTRACORPÓREA É CURTA. ALGUNS PESQUISADORES REFEREM SER DE POUCOS SEGUNDOS A 25°C.
2. O MAIOR RISCO DE TRANSMISSIBILIDADE NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA É NA FASE PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA (FASE RECENTE).
3. A NEUROSÍFILIS É UMA DAS COMPLICAÇÕES EM PACIENTES COM HIV.

MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA GONORRÉIA



A SOBREVIDA EXTRACORPÓREA É DE POUCAS HORAS, EM SUPERFÍCIES SECAS A 25°C.

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

1ª CONSULTA E
ANAMNESEDIAGNÓSTICO
CONFIRMADO DE AIDSREALIZAR EXAME
FÍSICO COM PALPAÇÃO
DOS LINFONODOS
CERVICAISANÁLISE E PREENCHIMENTO NO
PRONTUÁRIO DOS EX. LABORATORIAIS E
DOS MEDICAMENTOS EM USO + EX. CLÍNICO
COM AVAL. DE RISCO + SOLICITAÇÃO DE EX.
COMPLEMENTARES E/OU PRÉ-MEDICAÇÃO,
SE NECESSÁRIOANALISAR CONTAGEM DE
LINFÓCITOS T CD4+/CD8+
(REGISTRAM A
IMUNOCOMPETÊNCIA
CELULAR) E CARGA VIRALSOLICITAR HEMOGRAMA E
COAGULOGROMA COM CONTAGEM
DIFERENCIAL + TRAT. DAS
INFECÇÕES OPORTUNISTAS +
BOCHECHOS COM CLOREXIDINA POR
2 A 3 DIAS APÓS TRAT. PERIODONTAL
+ MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS,
SE NECESSÁRIOABORDAGEM
MULTIDISCIPLINAR PARA
ACOMPANHAMENTO DO
CURSO DA DOENÇA +
CAUTELA COM ACIDENTES
PÉRFUROCORCORTANTESREALIZAR ADEQUAÇÃO
DO MEIO BUCAL COM
ELIMINAÇÃO DE FOCOS
INFECIOSOSSEGUIR FLUXO PADRÃO
DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO

CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM AIDS

1. PACIENTES COM AIDS SÃO IMUNOSSUPRIMIDOS. TODO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DEVE ESTAR RESPALDADO POR EXAMES COMPLEMENTARES QUE ASSEGUREM A INTERVENÇÃO. A PROFILAXIA ANTIBIÓTICA DEVE SER INDICADA APENAS PARA OS CASOS DE RISCO DE ENDOCARDITE (SEGUINDO O MESMO PROTOCOLO DA AMERICAN HEART ASSOCIATION) E DE GRANULOCITOPENIA EM PACIENTES QUE NÃO FAÇAM USO DE ANTIBIÓTICOS BACTERICIDAS. PORTADORES DE HIV E PACIENTES COM A DOENÇA MANIFESTA TÊM MAIOR PROPENSÃO AO DESENVOLVIMENTO DE REAÇÕES ALÉRGICAS.
2. PACIENTES COM AIDS GERALMENTE SÃO REFROTÁRIOS AO TRATAMENTO. O CIRURGIÃO-DENTISTA TEM UM GRANDE PAPEL NA ADESÃO DESTA PACIENTE. É ACONSELHÁVEL CONVOCAR ALGUM FAMILIAR PARA A CONSCIENTIZAÇÃO DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.
3. CABE AO CIRURGIÃO-DENTISTA ACOLHER E TRATAR COM RESPEITO E ATENÇÃO SEM FAZER PREJULGAMENTOS.
 4. AS FORMAS DE DOENÇA PERIODONTAL SÃO MAIS AGRESSIVAS EM PACIENTES COM DOENÇA MANIFESTA.
5. PLAQUETAS ABAIXO DE 20.000/mm³ CONTRAINDICAM QUALQUER PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ODONTOLÓGICO. PLAQUETAS ABAIXO DE 50.000/mm³ CONTRAINDICAM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM SETOR AMBULATORIAL. GRANULÓCITOS ABAIXO DE 1000/mm³ REQUEREM PROFILAXIA ANTIBIÓTICA PRÉVIA À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA.
6. PACIENTES COM A DOENÇA MANIFESTA SÃO MAIS SUSCETÍVEIS A ADQUIRIR TUBERCULOSE, OUTRAS ISTs E A DESENVOLVER INFECÇÕES FÚNGICAS, PARASITÁRIAS, BACTERIANAS, VIRAIS E NEOPLASIAS.
7. PACIENTES COM AIDS DEVEM REALIZAR MANUTENÇÃO PERIÓDICA PARA O CONTROLE DO BIOFILME DENTAL E DE FOCOS DE INFECÇÃO.
 8. OS PRIMEIROS SINAIS CLÍNICOS DA DOENÇA APARECEM COM FREQUÊNCIA NA CAVIDADE BUCAL. O CIRURGIÃO DENTISTA DESEMPENHA UM PAPEL IMPORTANTE NO DIAGNÓSTICO PRECOCE.
9. ATUALMENTE, COM O ADVENTO DE NOVAS MEDICAÇÕES ANTIRRETROVIRAIS E TERAPIA COMBINADA, GRANDE PARTE DOS PACIENTES EM TRATAMENTO APRESENTA CARGA VIRAL INDETECTÁVEL.

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA INFECÇÃO PELO HIV – 1ª PARTE



1. A SOBREVIDA EXTRACORPÓREA É DE POUCAS HORAS, EM SUPERFÍCIES SECAS A 25°C.
2. O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE TER CAUTELA COM ACIDENTES PÉRFUROCORTANTES, EMBORA O RISCO SEJA PEQUENO (DEPENDENDO DA PROFUNDIDADE DO CORTE, DO VOLUME DE SANGUE CONTAMINADO PRESENTE NO INSTRUMENTO E DA CARGA VIRAL DO PACIENTE). A SOROCONVERSÃO EM ACIDENTES PERCUTÂNEOS ESTÁ ESTIMADA EM 0,3% E APÓS EXPOSIÇÃO MUCOCUTÂNEA, DE 0,09%. COM A ADMINISTRAÇÃO DE ANTIRRETROVIRAIS (PROTOCOLO PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL) O RISCO DIMINUI AINDA MAIS.
3. COM O ADVENTO DE NOVAS MEDICAÇÕES ANTIRRETROVIRAIS E TERAPIA COMBINADA, A MAIORIA DOS PACIENTES COM ADESÃO AO TRATAMENTO APRESENTA CARGA VIRAL INDETECTÁVEL, COM MENOR FREQUÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES BUCAIS E SISTÊMICAS COMPARATIVAMENTE AO QUE OCORRIA NO PASSADO, POSSUINDO BAIXO RISCO DE TRANSMISSÃO E EXCELENTE QUALIDADE DE VIDA.

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA INFECÇÃO PELO HIV – 2ª PARTE

ÍNDICE

INFECÇÕES VIRÁIS

HERPES SIMPLES

- ✓ VESÍCULAS QUE SE ROMPEM E COALESCEM, FORMANDO REGIÕES ULCERADAS, SINTOMÁTICAS E PERSISTENTES;
- ✓ EM PACIENTES COM DOENÇA, MANIFESTA AS REATIVAÇÕES SÃO MAIS FREQUENTES, COM LESÕES MAIORES E DE MAIOR DURAÇÃO

HPV

- ✓ LESÕES VERRUCÓIDES, PODENDO SER PAPILARES, SÉSSEIS OU PEDICULADAS. EM GRANDE NÚMERO FORMAM PÁPULAS;
- ✓ O CONDILOMA ACUMINADO PODE OCORRER EM QUALQUER REGIÃO BUCAL E ESTÁ ASSOCIADO A LESÕES GENITAIS

LEUCOPLASIA PILOSA

- ✓ LESÃO BRANCA, NÃO REMOVÍVEL À RASPAGEM, LOCALIZADA PRINCIPALMENTE NAS BORDAS LATERAIS DA LÍNGUA, UNI OU BILATERALMENTE, SENDO ASSOCIADA À PRESENÇA DO VÍRUS EPSTEIN-BARR;
- ✓ É CONSIDERADA COMO UM INDICATIVO DE COMPROMETIMENTO IMUNOLÓGICO E SINAL DA PROGRESSÃO DA DOENÇA

XEROSTOMIA

- ✓ PODE SER DECORRENTE DOS EFEITOS COLATERAIS DO USO DE ANTIRRETROVIRAIS OU DA PRÓPRIA INFECÇÃO PELO HIV;
- ✓ ORIUNDA DE DOENÇAS NAS GLÂNDULAS SALIVARES

LESÕES ULCERADAS

- ✓ SÃO SINTOMÁTICAS, PERSISTENTES E SEMELHANTES ÀS AFTAS;
- ✓ PODEM SER DE ORIGEM VIRAL, BACTERIANA, FÚNGICA, DECORRENTES DE DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS, DO USO DE DROGAS ANTIRRETROVIRAIS OU IDIOPÁTICAS

SARCOMA DE KAPOSI

- ✓ TUMOR VASCULAR QUE SE APRESENTA COMO MANCHAS ISOLADAS OU MÚLTIPLAS, PLANAS OU ELEVADAS, LISAS OU ULCERADAS, DE COR VERMELHA, VIOLÁCEA OU ACASTANHADA;
- ✓ SÃO ASSINTOMÁTICAS E SE LOCALIZAM COM MAIOR FREQUÊNCIA NO PALATO E GENGIVA;
- ✓ O DIAGNÓSTICO É FEITO POR BIÓPSIA;
- ✓ NO INÍCIO DA EPIDEMIA DA DOENÇA, ERAM SINAIS PATOGNOMÔNICOS. ATUALMENTE, COM O ADVENTO DE NOVAS MEDICAÇÕES ANTIRRETROVIRAIS, SUA INCIDÊNCIA É RARA

NEOPLASIAS

LINFOMA NÃO-HODKING

- ✓ REPRESENTA A 2ª NEOPLASIA MAIS COMUM ENTRE PACIENTES INFECTADOS PELO HIV;
- ✓ NA BOCA, OCORRE NA GENGIVA

1. HERPES ZOSTER (HVZ), CITOMEGALOVÍRUS (CMV) E MOLUSCO CONTAGIOSO SÃO INFECÇÕES VIRÁIS QUE PODEM EVENTUALMENTE ACOMETER A CAVIDADE BUCAL.
2. ALGUNS PACIENTES APRESENTAM MANIFESTAÇÕES BUCAIS POR TROMBOCITOPENIA. APARECEM COMO PETÉQUIAS SOBRETUDO NA JUNÇÃO PALATO DURO/MOLE E PALATO MOLE.
3. EMBORA O CARCINOMA EPIDERMÓIDE SEJA UMA ALTERAÇÃO PREVALENTE A PARTIR DOS 50 ANOS, PODE APARECER EM INDIVÍDUOS MAIS JOVENS INFECTADOS POR HIV.

REFERÊNCIA 1
REFERÊNCIA 2

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES SISTÊMICAS DA INFECÇÃO PELO HIV

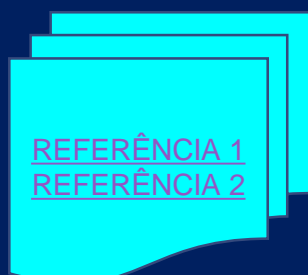
ÍNDICE



COM O ADVENTO DE NOVAS MEDICAÇÕES ANTIRRETROVIRAIS E TERAPIA COMBINADA, A MAIORIA DOS PACIENTES COM ADEÇÃO AO TRATAMENTO APRESENTA CARGA VIRAL INDETECTÁVEL, COM MENOR FREQUÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES BUCAIS E SISTÊMICAS COMPARATIVAMENTE AO QUE OCORRIA NO PASSADO, POSSUINDO BAIXO RISCO DE TRANSMISSÃO E EXCELENTE QUALIDADE DE VIDA.

[REFERÊNCIA 1](#)
[REFERÊNCIA 2](#)

FLUXOGRAMA HEPATITES VIRAIS DE RELEVÂNCIA ODONTOLÓGICA (HEPATITE B E HEPATITE C)



1ª CONSULTA E ANAMNESE

HISTÓRICO DE HEPATITE

HEPATITE VIRAL AGUDA

HEPATITE VIRAL CRÔNICA

CANDIDATOS A TRANSPLANTE DE FÍGADO OU TRANSPLANTADOS

- ✓ ADIAR PROCEDIMENTOS ELETIVOS ATÉ A RECUPERAÇÃO CLÍNICA/BIOQUÍMICA;
- ✓ REALIZAR APENAS PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

ANÁLISE E PREENCHIMENTO NO PRONTUÁRIO DOS EX. LABORATORIAIS E DOS MEDICAMENTOS EM USO + EX. CLÍNICO COM AVAL. DE RISCO + SOLICITAÇÃO DE EX. COMPLEMENTARES

SEGUIR FLUXOGRAMA PACIENTE TRANSPLANTADO + FLUXOGRAMA PACIENTE HEPATITE VIRAL CRÔNICA

SOLICITAR HEMOGRAMA E COAGULOGRAMA COMPLETO + ANÁLISE DAS ENZIMAS HEPÁTICAS (FUNÇÃO HEPÁTICA) + MEDIDAS HEMOSTÁTICAS LOCAIS PARA OS CASOS CIRÚRGICOS

ANÁLISE DOS EX. COMPLEMENTARES SOLICITADOS + TRAT. ODONT. PROGRAMADO + SELEÇÃO DO ANESTÉSICO + RESTRINGIR O USO DE MEDICAMENTOS COM GRANDE POTENCIAL HEPATOTÓXICO

SEGUIR FLUXO PADRÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO



CUIDADOS NO MANEJO DE PACIENTES COM HEPATITES VIRAIS

1. AS HEPATITES B E C SÃO AS DE MAIOR INTERESSE EM ODONTOLOGIA. SÃO CONSIDERADAS AS MAIS GRAVES DEVIDO AO POTENCIAL ELEVADO DE OCASIONAREM CIRROSE HEPÁTICA E HEPATOCARCINOMA.
 2. O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE RESTRINGIR A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS HEPATOTÓXICOS.
3. EM ACIDENTES PÉRFUROCORTANTES COM SANGUE CONTENDO HBV, A PROBABILIDADE DE INFECÇÃO ESTÁ ALTAMENTE RELACIONADA AO ESTADO DO PACIENTE FONTE E NÃO DEPENDE SOMENTE DA QUANTIDADE DE MATERIAL INFECTADO.
4. TODO CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE SER IMUNIZADO PARA HEPATITE B DE ACORDO COM O ESQUEMA PRECONIZADO (0 – 1 – 6 MESES) E FAZER EXAME PARA VERIFICAR SE HOUE A SOROCONVERSÃO (ANTI HBs – PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO HBV). ESTE EXAME COMPROVA SE A IMUNIZAÇÃO FOI EFICAZ.
5. A HEPATITE B É A INFECÇÃO OCUPACIONAL DE MAIOR RISCO DE CONTAMINAÇÃO (ALTA INFECTIVIDADE E REPLICABILIDADE).
 6. AINDA NÃO EXISTE POSSIBILIDADE DE IMUNIZAÇÃO CONTRA A HEPATITE C.
7. OS NOVOS ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA HEPATITE C CARACTERIZAM-SE PELA COMBINAÇÃO DE ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA (DAAs). COM O ADVENTO DOS DAAs CONTRA HCV, OS ESQUEMAS TÊM BAIXAS TAXAS DE EVENTOS ADVERSOS, SÃO EXCLUSIVAMENTE ORAIS E DE CURTO PERÍODO, ALÉM DE TEREM TAXAS DE RESPOSTA VIROLÓGICA SUSTENTADA (RVS) DE CERCA DE 90%.
8. O AUMENTO NO ÍNDICE DE DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HEPATITE C ALIADO AOS NOVOS TRATAMENTOS SEM INTERFERON (IFN) PERMITEM O MAIOR ACESSO AOS PACIENTES E MAIOR CHANCE DE CURA.
9. A HEPATITE C PODE TER COMO MANIFESTAÇÃO BUCAL O LÍQUEN PLANO E APRESENTAR CLINICAMENTE INDÍCIOS DE DISFUNÇÃO HEPÁTICA, COMO HEMATOMAS, PETÉQUIAS E ALTERAÇÕES HEMORRÁGICAS.
10. SEGUIR PROTOCOLO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HEPATITES EM VIGÊNCIA EM CASO DE ACIDENTES PÉRFUROCORTANTES.

CUIDADOS APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

1. LAVAR COM ÁGUA E SABÃO O FERIMENTO OU PELE EXPOSTA AO SANGUE OU FLUIDOS ORGÂNICOS.
2. LAVAR AS MUCOSAS COM ÁGUA EM ABUNDÂNCIA.
3. É CONTRAINDICADA A UTILIZAÇÃO DE AGENTES CÁUSTICOS OU INJEÇÃO DE ANTISSEPTICOS NOS FERIMENTOS.
4. NÃO É RECOMENDÁVEL ESPREMER O FERIMENTO, POIS ESTA CONDUTA PODE AUMENTAR A EXPOSIÇÃO DE SANGUE COM O MATERIAL CONTAMINADO.
5. ENCAMINHAR-SE A SETOR REFERENCIADO PARA CASOS DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL (SAE) ONDE SERÁ REALIZADA A NOTIFICAÇÃO (ABERTURA DE CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO) ALÉM DE EXAMES, QUIMIOPROFILAXIA, VACINAS E ACOMPANHAMENTO (DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE CONDUTA FRENTE A EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS EM VIGÊNCIA).

FLUXOGRAMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HEPATITE B

REFERÊNCIA

SITUAÇÃO DO PROFISSIONAL EXPOSTO	PACIENTE FONTE HBsAg POSITIVO	PACIENTE FONTE HBsAg DESCONHECIDO OU NÃO TESTADO	PACIENTE FONTE HBsAg NEGATIVO
NÃO VACINADO OU VACINAÇÃO INCOMPLETA	01 DOSE DE HBIG E INICIAR ESQUEMA VACINAL OU COMPLETAR VACINAÇÃO	INICIAR ESQUEMA VACINAL OU COMPLETAR VACINAÇÃO	INICIAR ESQUEMA VACINAL OU COMPLETAR VACINAÇÃO
VACINADO COM RESPOSTA ADEQUADA (ANTI-HBs ≥ 10UI/ml)	NÃO IMUNIZAR	NÃO IMUNIZAR	NÃO IMUNIZAR
VACINADO SEM RESPOSTA ADEQUADA (ANTI-HBs ≤ 10UI/ml)	01 DOSE DE HBIG E REVACINAR	SE ALTO RISCO, TRATAR COMO HBsAg+	REVACINAR
VACINADO COM RESPOSTA NÃO CONHECIDA	TESTAR PARA ANTI-HBs RESPOSTA ADEQUADA: NÃO IMUNIZAR SEM RESPOSTA ADEQUADA: 01 DOSE DE HBIG E REVACINAR	FAZER ANTI-HBs REPOSTA ADEQUADA: NÃO IMUNIZAR SEM RESPOSTA ADEQUADA E ALTO RISCO: 01 DOSE DE HBIG E REVACINAR	TESTAR PARA ANTI-HBs RESPOSTA ADEQUADA: NÃO IMUNIZAR SEM RESPOSTA ADEQUADA: REVACINAR

**HBIG – IMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERIMUNE CONTRA A HEPATITE B (AMPOLAS DE 1ml).
ADMINISTRAR 0,06ml/kg, DOSE ÚNICA, NAS PRIMEIRAS 24h APÓS A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL.**

NÃO EXISTEM IMUNOBIOLOGICOS EFICAZES ATÉ O MOMENTO PARA PREVENÇÃO DA HEPATITE C. EM CASO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL, PROCURAR ORIENTAÇÃO MÉDICA.

ÍNDICE

FLUXOGRAMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HIV – 1ª ETAPA

ÍNDICE

REFERÊNCIA

DETERMINAR A CATEGORIA DA EXPOSIÇÃO (CE)

MATERIAL = SANGUE, FLUIDOS COM SANGUE OU FLUIDOS DE RISCO

SIM

NÃO

EXPOSIÇÃO DE MUCOSA OU PELE LESADA

EXPOSIÇÃO DE PELE ÍNTEGRA

EXPOSIÇÃO PERCUTÂNEA

VOLUME

SEM PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

GRAVIDADE

MAIS GRAVE (AGULHA OCA, EXPOSIÇÃO PROFUNDA, SANGUE VISÍVEL)

SEM PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

PEQUENO (POUCAS GOTAS, CURTA DURAÇÃO)

GRANDE (MUITAS GOTAS E/OU LONGA DURAÇÃO)

MENOS GRAVE (ARRANHÃO)





FLUXOGRAMA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL PARA HIV – 2ª ETAPA



ÍNDICE

PESSOA EM POSSÍVEL SITUAÇÃO DE EXPOSIÇÃO AO HIV

ESQUEMA DE PROFILAXIA PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL POR HIV BASEADO NA COMBINAÇÃO DAS ETAPAS 1 E 2

MATERIAL BIOLÓGICO

HOUVE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

NÃO

PEP NÃO INDICADA – ACOMPANHAMENTO NÃO É NECESSÁRIO

SIM

TIPO DE EXPOSIÇÃO

HOUVE EXPOSIÇÃO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV – PERCUTÂNEA, MUCOSA, PELE NÃO ÍNTEGRA

NÃO

SIM

TEMPO DE EXPOSIÇÃO

ATENDIMENTO DENTRO DE 72h APÓS A EXPOSIÇÃO

NÃO

PEP NÃO INDICADA. REALIZAR ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA

SIM

PESSOA EXPOSTA

PESSOA EXPOSTA AO EXAME DE HIV POSITIVO OU REAGENTE

SIM

PEP NÃO INDICADA. ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

NÃO

PESSOA FONTE

PESSOA FONTE EXAME DE HIV POSITIVO OU REAGENTE OU DESCONHECIDO

NÃO

INICIAR PEP – ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO INDICADO

SIM

NÃO RECOMENDAR PEP.
* PEP PODERÁ SER INDICADA SE A PESSOA FONTE TIVER EXPOSIÇÃO DE RISCO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, DEVIDO À JANELA IMUNOLÓGICA. ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO NÃO É NECESSÁRIO

ATENÇÃO

A INDICAÇÃO DA PEP REQUER A AVALIAÇÃO DO RISCO DA EXPOSIÇÃO: INCLUI:
1. O TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO ENVOLVIDO
2. O TIPO DE EXPOSIÇÃO
3. O TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A EXPOSIÇÃO E O ATENDIMENTO
4. A CONDIÇÃO SOROLÓGICA PARA HIV DA PESSOA EXPOSTA E DA PESSOA FONTE

1. SEGUIR CONDUTA DO PROTOCOLO DE PROFILAXIA PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL POR HIV EM VIGÊNCIA DETERMINADO PELO SAE.
2. O TRATAMENTO DEVE SER FEITO POR 28 DIAS. DEVE SER INICIADO O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL (NAS PRIMEIRAS HORAS APÓS A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E DENTRO DE 72h PÓS-EXPOSIÇÃO).

REFERÊNCIA

FONTE: DDAHV/SV/SIMS

RISCO OCUPACIONAL – 1ª PARTE

ÍNDICE

IMUNIZAÇÕES

O CIRURGIÃO-DENTISTA DEVE ESTAR VACINADO CONTRA:

- ✓ HEPATITE B;
 - ✓ SCR;
 - ✓ BCG;
 - ✓ dT;
- ✓ INFLUENZA;
- ✓ FEBRE AMARELA

RISCO FÍSICO

- ✓ RUÍDO;
- ✓ VIBRAÇÃO;
- ✓ RADIAÇÃO IONIZANTE;
- ✓ RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE;
- ✓ UMIDADE;
- ✓ TEMPERATURAS EXTREMAS;
- ✓ ILUMINAÇÃO DEFICIENTE OU EXCESSIVA

RISCO QUÍMICO

- ✓ GASES;
- ✓ VAPORES;
- ✓ MERCÚRIO;
- ✓ PRODUTOS QUÍMICOS EM GERAL

RISCO MECÂNICO

- ✓ AUSÊNCIA DE EPI;
- ✓ EDIFICAÇÕES COM DEFEITO;
- ✓ IMPROVISAZÃO DE REDE ELÉTRICA E HIDRÁULICA;
- ✓ PERIGO DE INCÊNDIO OU EXPLOSÃO;
- ✓ INSTRUMENTAL IMPRÓPRIO AO PROCEDIMENTO;
- ✓ ESPAÇO FÍSICO SUBDIMENSIONADO

1. O ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA HEPATITE B É COMPOSTO POR 3 DOSES (0-1-6 MESES). É FUNDAMENTAL VERIFICAR SE HOUE A SOROCONVERSÃO ATRAVÉS DO EXAME ANTI-HBs .
2. **A DOSE DE REFORÇO DA VACINA ANTITETÂNICA DEVE SER ADMINISTRADA A CADA 10 ANOS.**
3. A VACINA CONTRA FEBRE AMARELA ESTÁ INDICADA APENAS PARA OS PROFISSIONAIS QUE EXERÇAM ATIVIDADE OU RESIDAM EM ÁREAS ENDÊMICAS.

REFERÊNCIA

RISCO PELA FALTA DE HIGIENE E CONFORTO

- ✓ AUSÊNCIA DE ÁGUA POTÁVEL PARA O CONSUMO;
- ✓ AUSÊNCIA DE LOCAL APROPRIADO PARA REFEIÇÕES;
- ✓ SANITÁRIO EM NÚMERO INSUFICIENTE E SEM SEPARAÇÃO POR SEXO

RISCO ERGONÔMICO

- ✓ POSTURA INCORRETA;
- ✓ AUSÊNCIA DE ASB/THD;
- ✓ ATOS REPETITIVOS;
- ✓ RITMO EXCESSIVO E SEM PAUSA;
- ✓ AUSÊNCIA DE PLANEJAMENTO;
- ✓ FALTA DE TREINAMENTO DA ASB/THD

RISCO BIOLÓGICO

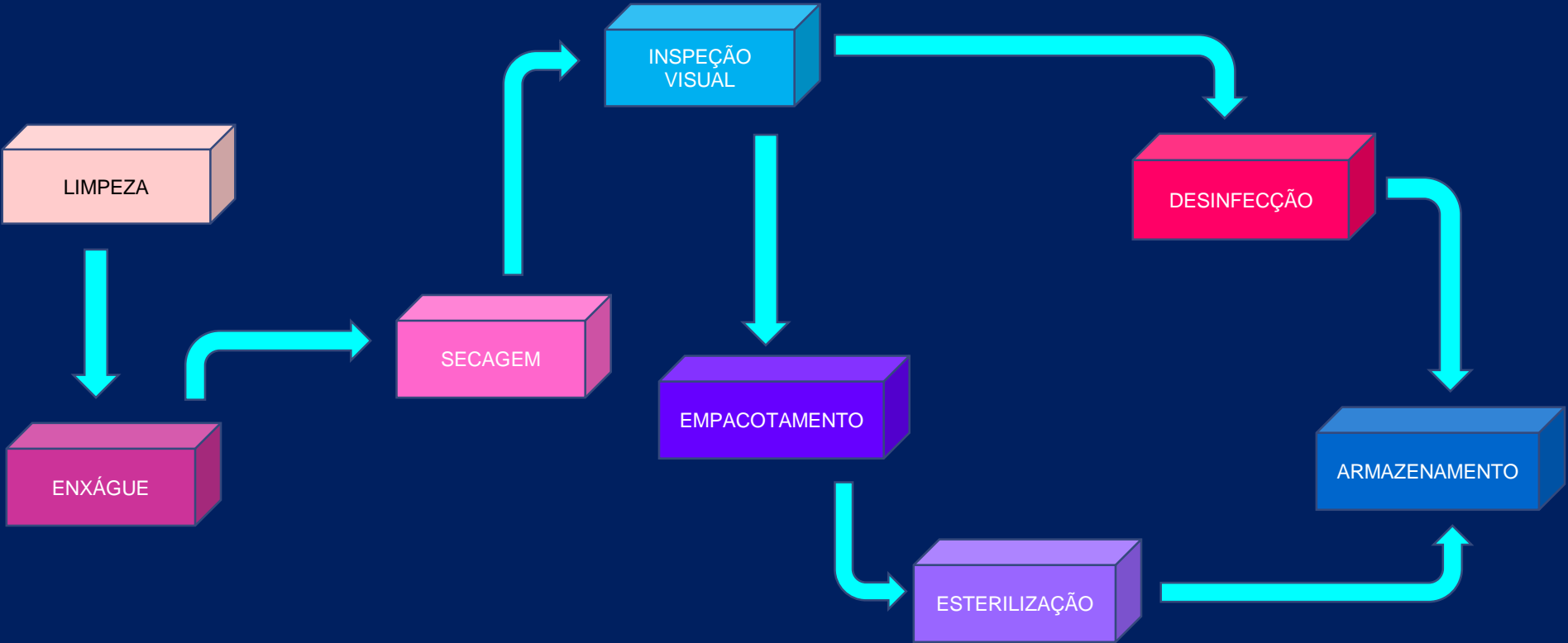
- ✓ TRANSMISSÃO VIA AÉREA;
- ✓ TRANSMISSÃO POR SANGUE E OUTROS FLUIDOS ORGÂNICOS;
- ✓ TRANSMISSÃO PELO CONTATO DIRETO E INDIRETO COM O PACIENTE

EPI

- É OBRIGATÓRIA A UTILIZAÇÃO DE EPI EM TODOS OS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, NA LIMPEZA DO AMBIENTE E DOS INSTRUMENTAIS.
- ✓ GORRO;
 - ✓ ÓCULOS DE PROTEÇÃO;
 - ✓ MÁSCARAS CIRÚRGICAS (E N95/PPF-2 CONTRA PARTICULADOS DE ORIGEM BIOLÓGICA);
 - ✓ AVENTAL DE MANGA LONGA
 - ✓ LUVAS DE PROCEDIMENTO E CIRÚRGICAS;
 - ✓ LUVA GROSSA DE BORRACHA PARA LAVAR O INSTRUMENTAL

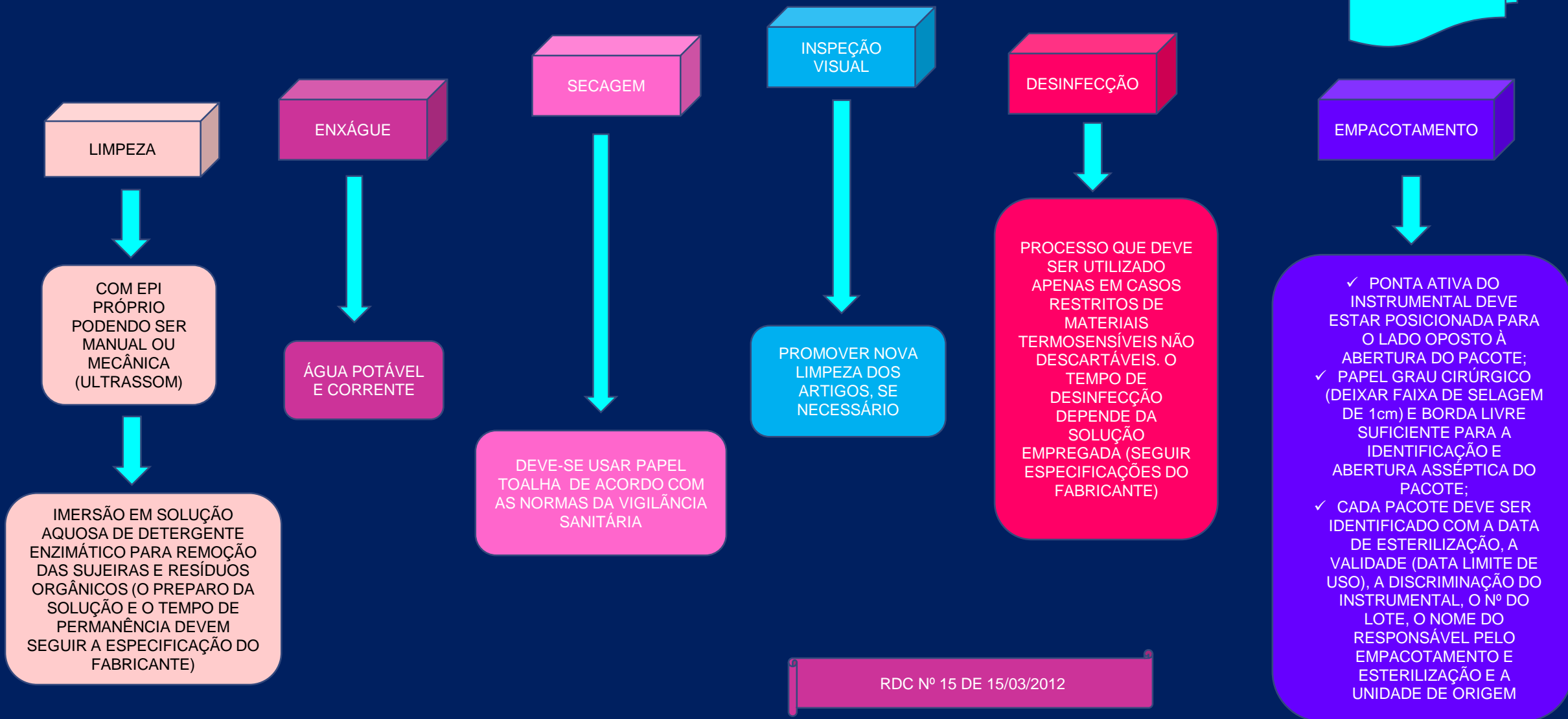


ETAPAS NO PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS



ESPECIFICAÇÃO DAS ETAPAS NO PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS – 1ª PARTE

ÍNDICE



RDC Nº 15 DE 15/03/2012

REFERÊNCIA

- ✓ PONTA ATIVA DO INSTRUMENTAL DEVE ESTAR POSICIONADA PARA O LADO OPOSTO À ABERTURA DO PACOTE;
- ✓ PAPEL GRAU CIRÚRGICO (DEIXAR FAIXA DE SELAGEM DE 1cm) E BORDA LIVRE SUFICIENTE PARA A IDENTIFICAÇÃO E ABERTURA ASSÉPTICA DO PACOTE;
- ✓ CADA PACOTE DEVE SER IDENTIFICADO COM A DATA DE ESTERILIZAÇÃO, A VALIDADE (DATA LIMITE DE USO), A DISCRIMINAÇÃO DO INSTRUMENTAL, O Nº DO LOTE, O NOME DO RESPONSÁVEL PELO EMPACOTAMENTO E ESTERILIZAÇÃO E A UNIDADE DE ORIGEM

ESPECIFICAÇÃO DAS ETAPAS NO PROCESSAMENTO DOS ARTIGOS – 2ª PARTE

ÍNDICE

REFERÊNCIA

ESTERILIZAÇÃO

PROCESSO FÍSICO
(VAPOR SATURADO
SOB PRESSÃO –
AUTOCLAVE)

PROCESSO
QUÍMICO

ARMAZENAMENTO

TODO ARTIGO METÁLICO
DEVE SER
OBRIGATORIAMENTE
ESTERILIZADO ATRAVÉS
DO PROCESSO FÍSICO

- ✓ O MATERIAL DEVIDAMENTE EMBALADO DEVE SER COLOCADO NA CÂMARA DA AUTOCLAVE SEM ENCOSTAR NAS LATERAIS. NÃO É PERMITIDO ULTRAPASSAR 2/3 DA CAPACIDADE TOTAL;
- ✓ RETIRAR O MATERIAL APENAS APÓS A CONCLUSÃO DO CICLO

- ✓ ESTE MÉTODO DEVE SE RESTRINGIR A ALGUNS ARTIGOS TERMOSENSÍVEIS E NÃO DESCARTÁVEIS;
- ✓ O TEMPO PARA O PROCESSO QUÍMICO DEPENDE DA SOLUÇÃO EMPREGADA (SEGUIR ESPECIFICAÇÕES DO FABRICANTE)

- ✓ OS INSTRUMENTAIS DEVEM SER ARMAZENADOS EM LOCAL EXCLUSIVO, EM AMBIENTE LIVRE DE POEIRA, UMIDADE E EXPOSIÇÃO AO CALOR;
- ✓ OS PACOTÉS ESTERILIZADOS DEVEM SER MANIPULADOS O MÍNIMO POSSÍVEL;
- ✓ ANTE QUALQUER VESTÍGIO DE VIOLAÇÃO DA EMBALAGEM OU CONTAMINAÇÃO POR UMIDADE OU SUJIDADES, O MATERIAL DEVE SER REPROCESSADO

- ✓ O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DEVE SER COMPROVADO POR MEIO DE MONITORAMENTO FÍSICO, QUÍMICO E BIOLÓGICO;
- ✓ A MANUTENÇÃO DA AUTOCLAVE DEVE SER PERIÓDICA E A LIMPEZA DAS SUPERFÍCIES EXTERNAS E INTERNAS REALIZADA SEMANALMENTE OU SEMPRE QUE EXISTIREM SUJIDADES

RDC Nº 15 DE 15/03/2012

ÍNDICE

MONITORAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO

REFERÊNCIA

MONITORAMENTO FÍSICO

- REGISTRO DE DADOS DO EQUIPAMENTO:
- ✓ TEMPO DO CICLO – INÍCIO/FIM/DURAÇÃO;
 - ✓ TEMPERATURA REGISTRADA DURANTE A ESTERILIZAÇÃO;
 - ✓ PRESSÃO ATINGIDA;
 - ✓ QUANTIDADE E CONTEÚDO DOS PACOTES;
 - ✓ Nº DO CICLO
 - ✓ O MONITORAMENTO FÍSICO DEVE SER REGISTRADO EM PLANILHAS E ARQUIVADO

MONITORAMENTO QUÍMICO

- ✓ É REALIZADO COM O USO DE INDICADORES QUÍMICOS QUE AVALIAM O CICLO DE ESTERILIZAÇÃO PELA MUDANÇA DE COR NA PRESENÇA DA TEMPERATURA, TEMPO E VAPOR SATURADO
- ✓ O MONITORAMENTO QUÍMICO DEVE SER ARQUIVADO

MONITORAMENTO BIOLÓGICO

- ✓ REALIZADO ATRAVÉS DE INDICADORES BIOLÓGICOS (AMPOLAS) ESPECÍFICOS PARA ESTE FIM (CONTROLE E TESTE);
- ✓ A LEITURA É FEITA EM INCUBADORAS PRÓPRIAS;
- ✓ É O ÚNICO MÉTODO DE MONITORAMENTO 100% EFICAZ E QUE ASSEGURA SE HOUVE A ELIMINAÇÃO DE ESPOROS. DEMAIS MÉTODOS SÃO APENAS PARÂMETROS ADICIONAIS DO PROCESSO DE MONITORAMENTO;
- ✓ O MONITORAMENTO BIOLÓGICO DEVE SER REGISTRADO E ARQUIVADO – RDC Nº 15/03/2012.

1. AS AUTOCLAVES DESTINADAS À ODONTOLOGIA SÃO DO TIPO GRAVITACIONAL E DEVEM SER MANEJADAS DE ACORDO COM A ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA DO FABRICANTE.
2. CONFORME CONSELHO DE ÉTICA ODONTOLÓGICO, É VEDADO AO CIRURGIÃO-DENTISTA OMITIR-SE DE SUA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL QUANDO CONSTATAR QUALQUER FALHA NO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO.
3. O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DEVE SER CRITERIOSAMENTE REALIZADO DE ACORDO COM AS NORMAS PRECONIZADAS PARA O CONTROLE DE INFECÇÃO. O PROFISSIONAL TEM OBRIGAÇÃO LEGAL DE PROTEGER O PACIENTE DA CONTAMINAÇÃO POR INFECÇÃO CRUZADA (CRIME DE RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL).

DESINFECÇÃO DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

ÍNDICE

REFERÊNCIA

EQUIPAMENTO

PROMOVER A DESINFECÇÃO EM TODAS AS PARTES EM QUE HOUVE CONTATO DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (CADEIRA, REFLETOR, CUSPIDEIRA, SUCTORES, RX, PERIFÉRICOS, ALTA-ROTAÇÃO, MICROMOTOR, SERINGA TRÍPLICE E RESPECTIVAS MANGUEIRAS, CAIXA DE COMANDO DO EQUIPO, RESERVATÓRIO DE ÁGUA...)

PROTEGER COM FILME PVC AS REGIÕES DE MAIOR CONTATO E ENCAPAR AS PONTAS E PERIFÉRICOS. TROCAR A CADA PACIENTE

SUPERFÍCIES

BANCADAS, MÓVEIS E EQUIPAMENTOS COM SUPERFÍCIES NÃO METÁLICAS DEVEM SOFRER DESINFECÇÃO POR FRICÇÃO COM ÁLCOOL 70 (3 APLICAÇÕES, COM TEMPO DE EXPOSIÇÃO DE 10 min OU HIPOCLORITO A 1%, DEPENDENDO DA SUPERFÍCIE. ATUALMENTE, ESTES TÊM SIDO SUBSTITUIDOS POR ÁCIDO PERACÉTICO A 0,2% QUE PODE SER UTILIZADO EM TODAS AS SUPERFÍCIES

LIMPEZA CONCORRENTE

A LIMPEZA DO PISO DEVE SER DIÁRIA COM PANO LIMPO COM ÁGUA E SABÃO

LIMPEZA TERMINAL

DEVE SER REALIZADA 1 VEZ POR SEMANA PELA ASB NOS EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS, ARMÁRIOS, PIAS, BANCADAS, RX E PERIFÉRICOS. A LIMPEZA DAS PAREDES, JANELAS, PORTAS E CHÃO CABE AOS PROFISSIONAIS DA LIMPEZA

DESCARTE DO LIXO E DE RESÍDUOS SÉPTICOS

AS LIXEIRAS DEVEM SER ESPECIFICADAS EM LIXO COMUM E SÉPTICO E OS RESÍDUOS DESCARTADOS E ACONDICIONADOS EM SACO PLÁSTICO BRANCO LEITOSO E IMPERMEÁVEL. PREENCHER APENAS 2/3 DO VOLUME.

OBJETOS PÉRFUROCORTANTES DEVEM SER DESCARTADOS IMEDIATAMENTE APÓS O USO EM RECIPIENTES PRÓPRIOS CONTENDO A TRANSCRIÇÃO "INFECTANTE E MATERIAL PÉRFUROCORTANTE"

NÃO ULTRAPASSAR O PREENCHIMENTO DE 2/3 DO COLETOR NEM COLOCÁ-LO EM SUPERFÍCIES ÚMIDAS OU NO CHÃO. MANTÊ-LO PREFERENCIALMENTE EM SUPORTES PRÓPRIOS INSTALADOS EM ALTURA COMPATÍVEL COM A VISUALIZAÇÃO PARA O DESCARTE (IMPRESINDÍVEL PARA EVITAR A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL)

- AS ALMOTOLIAS TÊM QUE TER TAMPA, IDENTIFICAÇÃO DA SOLUÇÃO, NOME DO PROFISSIONAL QUE A IDENTIFICOU, DATA DE TROCA E VENCIMENTO E A SOLUÇÃO DEVE SER TROCADA SEMANALMENTE
- **RESÍDUOS DE AMÁLGAMA DEVEM SER COLOCADOS EM FRASCOS DE PLÁSTICO COM TAMPA ROSQUEÁVEL COM ÁGUA**
- SEGUIR AS NORMAS PRECONIZADAS DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS EM SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

REFERÊNCIAS Nº 1

ÍNDICE

ARTIGOS BIREME	
1.	Vine AK. Recent advances in haemostasis and thrombosis. <i>Retina</i> . 2009 Jan; 29(1):1-7
2.	Ferreira CN, Sousa MO, Dusse LMS, Carvalho MG. A cell-based model of coagulation and its implications. <i>Rev. bras. hematol. Hemoter.</i> 2010; 32(5):416-21
3.	Cengiz SB. The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. <i>Quintessence int.</i> 2007; 38:171 e 133-142
4.	Motta RHL, Ramacciato JC, Tófoli GR, Groppo FC. Tratamento Odontológico de pacientes usuários de drogas. <i>J. bras. clin. odontol. int.</i> 2004; 8(47):430-8
5.	Mendonça EF, Carneiro LS. Complicações bucais da quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer. <i>Rev. ABO nac.</i> 2005; 13(3):151-7
6.	Jhan BC, Freire ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. <i>Rev. bras. otorrinol.</i> 2006 Set/Out 72(5)
7.	Golla k., Epstein, JB, Cabay RJ. Liver disease: current perspectives on medical and dental management. <i>Oral surg. oral med. oral pathol. oral radiol. endod.</i> 2004; 98(5):516-21
8.	Alvares BR, Mezzacappa MAMS, Poterio CS. Sífilis congênita simulando a síndrome da criança espancada – relato de caso. <i>Radiol. bras.</i> 2002; 35(4):251-4
9.	Little JW. Syphilis: an update. <i>Oral surg. oral med. oral pathol. oral radiol. endod.</i> 2005; 100(1):3-9
10.	Herman WW, Konzelman JL, Prisant LM. New national guidelines on hypertension: a summary for dentistry. <i>JADA</i> 2004 May; (135)

REFERÊNCIAS Nº 2

ÍNDICE

ARTIGOS BIREME	
11.	Caseiro CG, Long SM, Chelloti A, Raggio DP, Camargo LB. Dentinogênese imperfeita – relato de caso clínico. Rev. Inst. Ciênc. Saúde. 2009; 27(2):185-8
12.	Massoni ACLT, Ferreira AKRA., Menezes VC. Aspectos orofaciais dos maus tratos infantis e da negligência odontológica. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Jan/Mar; 15(2)
13.	Corrêa EMC, Andrade ED. Tratamento odontológico em pacientes HIV/AIDS. Rev. odonto. ciênc. 2005; 20(49):281-9
14.	Hoeppner MG, Massarollo S, Bremm LL. Considerações clínicas das lesões cervicais não cariosas. Ciências biolog. Saúde. 2007; 13(3/4)
15.	Medeiros NH, Neves RRA, Amorim JNC, Mendonça SMS. The chronic renal failure and its interference in dental care – review of literature. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2014; 26(3):232-42
16.	Araújo LF, Castelo CMC, Rodrigues MTB, Cabral GMR, Diniz MB. Manifestações bucais e uso de serviços odontológicos por indivíduos com doença renal crônica. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2016; 70(1):30-6

REFERÊNCIAS Nº 3

ARTIGOS EM PDF

1.	INR onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1538-7836.2004.00970.x/pdf
2.	ENDOCARDITE INFECCIOSA circ.ahajournals.org/content/116/15/1736.full

APLICATIVOS

1.	MedGravidez
2.	ADA Soc
3.	Exames
4.	Epocrates

LIVROS

1.	Andreasen JO, Andreasen FM. Fundamentos de Traumatismo Dental. Ed. Artmed. 2001
2.	Guedes Pinto AC. Odontopediatria. 8ª ed. 2010.
3.	Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
4.	Araújo ESA. Divisão de Virologia. O ABC das hepatites – manual clínico para o manuseio, terapia e prevenção da hepatite B. São Paulo: Divisão de Virologia; 2008
5.	Serviços Odontológicos. Prevenção e Controle de Riscos. Ed. Anvisa
6.	Ministério da Saúde – manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais

ÍNDICE

REFERÊNCIAS Nº 4

ÍNDICE

SITES	
1.	American Dental Association: www.ada.org
2.	American Academy of Pediatric Dentistry: www.aapd.org
3.	American Academy of Periodontology: www.perio.org
4.	American Association of Endodontics: www.aae.org
5.	American Society of Hypertension (ASH): www.ash-us.org
6.	European Society of Hypertension (ESH): www.eshonline.org
7.	American Heart Association (AHA): www.heart.org
8.	American College of Cardiology (ACC): www.acc.org
9.	European Society of Cardiology (ESC): www.escardio.org
10.	Canadian Cardiovascular Society: www.ccs.ca

REFERÊNCIAS Nº 5

ÍNDICE

SITES	
11.	American Diabetes Association (ADA): www.diabetes.org
12.	International Diabetes Federation (IDF): www.idf.org
13.	American Association of Clinical Endocrinologists (AACE): www.aace.com
14.	American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): www.acog.org
15.	American Association for the Study of Liver Diseases: www.aasld.org
16.	International Society on Thrombosis and Haemostasis: www.isth.org
17.	American Society of Nephrology: www.asn-online.org
18.	American College of Radiology: www.acr.org
19.	American Academy of Neurology: www.aan.com
20.	American Psychiatric Association: www.psych.org

REFERÊNCIAS Nº 6

ÍNDICE

SITES	
21.	American Lung Association: www.lung.org
22.	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: www.niaaa.nih.gov
23.	National Institute on Drug Abuse (NIH): www.drugabuse.gov
24.	International Academy of Oral Oncology (IAOO): www.iaoo.pro
25.	American Society of Clinical Oncology: www.asco.org
26.	Instituto Nacional do Câncer (INCA): www.inca.gov.br
27.	Infectious Diseases Society of America (IDSA): www.idsociety.org
28.	Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI): www.infectologia.org.br
29.	Unasus/Unifesp: www.unasus.unifesp.br
30.	Anvisa: www.anvisa.gov.br

REFERÊNCIAS Nº 7

ÍNDICE

SITES

31.	World Health Organisation (WHO): www.who.int
32.	Ministério da Saúde: www.saude.gov.br
33.	Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo: www.saude.sp.gov.br
34.	Biblioteca Virtual em Saúde (bvs) – Bireme: http://bvsalud.org/

JOURNALS

1.	Journal of Endodontics (JOE): www.jandodon.com
2.	Quintessence International: www.quintpub.com/journals
3.	Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology (and Endodontology): www.oooojournal.net
4.	Journal of Dentistry: www.jodjournal.com
5.	Journal of The American Dental Association (JADA): jada.ada.org