



Prefeitura do **Município de São Paulo**  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
Coordenação de **Desenvolvimento de Programas e Políticas de**  
**Saúde - CODEPPS**

## **CADERNOS DE SAÚDE BUCAL DA SES SP**

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica:  
recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva”*

*adotado pela Área Técnica de Saúde Bucal para subsidiar as ações de saúde bucal na rede municipal de saúde.*

*Gestão 2005-2008*

dezembro de 2005



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL**

**CADERNOS DE SAÚDE BUCAL**

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de  
odontopediatria e ortodontia preventiva”*

**Dezembro de 2004**

## Apresentação

A atenção integral à saúde, objetivo do Sistema Único de Saúde, inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o “cuidado à saúde” (CECÍLIO e MERHY 2003). É a rede básica de saúde, portanto, a grande responsável pelo cuidado em saúde e cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; significa acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde.

As proposições no âmbito da atenção básica devem ser norteadas pelo entendimento da dupla dimensão do processo saúde-doença, que exige não apenas soluções voltadas para o indivíduo mas também intervenções de caráter coletivo, orientadas por critérios de prevalência, incidência, magnitude e possibilidade de resposta. (DAB/SES-SP 2002). E este nível de atenção necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade, num processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Esse nível de deve, assim, “ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais” (CARTA DE SERGIPE 2003).

É neste contexto que se inserem a ação de saúde bucal.

E é preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudáveis. Significa também estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, o que contribuirá para sua saúde geral. Não se pode separar saúde bucal da saúde geral, que está diretamente relacionada com qualidade de vida. (PETERSEN 2003; NARVAI 2003, SES-SP2004).

E é igualmente relevante reconhecer que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde (1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal, 1986 e 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), além de destacar que as condições de saúde bucal podem mostrar sinais significativos de exclusão social, teve como objetivo identificar os principais problemas e buscar meios e recursos para superá-los nos diversos níveis de atuação do SUS.

E, nunca é demais lembrar, ter saúde bucal é um direito de cidadania, assegurado pela Constituição de 1988, direito que deve ser efetivado mediante políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O sujeito da atenção básica em saúde bucal é o cirurgião-dentista clínico geral, que, assim, deve estar apto a atuar tanto na assistência, desenvolvida na Unidade de Saúde, como em ações coletivas e intersetoriais, sempre com o conhecimento do perfil epidemiológico da população sob sua responsabilidade.

As ações desenvolvidas na atenção básica em saúde bucal passam por um processo de evolução desde a implantação do SUS, tanto no que diz respeito ao público alvo contemplado quanto na sua complexidade. Isto implica na incorporação e desenvolvimento

de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contra-referência proporcionado o atendimento integral do indivíduo, tendo como meta efetivar os preceitos constitucionais já citados.

Na saúde bucal cada vez mais se faz necessário ampliar o conjunto de ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista clínico geral no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade.

Para tal, faz-se necessário instrumentalizá-lo em relação a técnicas e procedimentos especializados que possam ser realizados na atenção básica, estabelecendo limites de atuação profissional e condições de encaminhamento.

Com esse objetivo, o Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, reuniu um grupo de trabalho constituído de profissionais da rede estadual de saúde, com experiência em diferentes especialidades e também com experiência na rede básica de saúde, para a construção de um conjunto de recomendações, com embasamento científico, que pudessem ser discutidas por profissionais representando municípios no âmbito das 24 Direções Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DIR), incorporando as suas contribuições e experiências.

Foi um processo longo, porém cuidadoso, iniciado em fevereiro de 2003, que teve, como etapas, o estabelecimento de estratégias de trabalho, com a definição da estrutura dos cadernos; a revisão de literatura e elaboração de documentos para discussão inicial, o planejamento e a realização de oficinas com representantes de municípios e Faculdades de Odontologia das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR), incorporação das sugestões e formatação e revisão final.

O trabalho foi finalizado com a constituição de sete Cadernos de Saúde Bucal, denominados: “Qualidade e resolutividade na atenção básica”:

- Recomendações para atendimento pacientes com necessidades especiais
- Recomendações sobre cirurgia ambulatorial
- Recomendações sobre endodontia
- Recomendações sobre periodontia
- Recomendações sobre semiologia
- Recomendações sobre odontopediatria e ortodontia preventiva
- Recomendações sobre biossegurança .

Cada Caderno tem características específicas de acordo com a complexidade da especialidade contemplada e certamente cumprirá o objetivo, já enunciado anteriormente - o de subsidiar o cirurgião-dentista da rede básica no esgotamento de suas possibilidades propedêuticas e clínicas, auxiliando-nos também no que e como referenciar aos níveis mais especializados.

É com muita satisfação, pois, que colocamos à disposição de todos os profissionais, e não apenas para os do SUS, esses sete Cadernos de Saúde Bucal.

Agradecemos, nesta oportunidade, aos que participaram da elaboração deste trabalho, com a dedicação de seu precioso tempo e conhecimento, cuja recompensa é a possibilidade de dividir seus saberes de forma solidária e democrática, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde bucal da comunidade usuária do SUS.

São Paulo, dezembro de 2004.

Tania Izabel Bighetti Forni  
Assessora de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares  
Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal

Geraldo Alckmin  
Governador do Estado de São Paulo

Luis Roberto Barradas Barata  
Secretário da Saúde

Centro Técnico de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares - Diretora

Assessores

Vladen Vieira  
Tania Izabel Bighetti Forni  
Angela Maria Spadari D'Amelio  
Doralice Severo da Cruz  
Ana Flávia Pagliusi Gennari  
Julie Silvia Martins  
Maria Egláucia Maia Brandão

#### **GRUPO DE TRABALHO**

Coordenação Executiva:  
Tania Izabel Bighetti Forni

#### **Participantes:**

Hiroko H. Nishiyama (DIR I)

Alice M. N. Fugita (Visconde de Itaúna)	Léa Márcia C. F. Alahmar (Visconde de Itaúna)
Claudio Massami Suzuki (Visconde de Itaúna)	Maria Cristina de Carvalho (NRS 4)
Dolores M. S. Russo (Amaral Gurgel)	Marco Antonio T. Martins (CS I Pinheiros)
Fabiana N. Silva (PAM Lapa)	Myriam Rossi (Amaral Gurgel)
Jorge Ferreira de Araújo (Hospital das Clínicas)	Rita de Cassia B. Vilarim (PAM Lapa)
Doralice Severo da Cruz Teixeira (CRI)	Angela Maria Spadari D'Amelio (CTSBucal)

### **Colaboradores**

Azzo Widman (SES-SP – Hospital das Clínicas)  
 Carlos Alberto Machado (SES-SP – Centro de Referência de Hipertensão)  
 Carlos Bonilha (SES-SP – CSI Vila Maria)  
 Cibele Paiola (DIR I – PAM Lapa)  
 Edison José Bocardio (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)  
 Iara Oliveira Pais de Camargo (DIR I – PAM Lapa)  
 Inaldi Marília Fernandes Bispo (SMS-SP – UBS Jardim São Paulo)  
 Fernanda Lúcia de Campos (SMS-SP – COGEST – Saúde Bucal)  
 Julia Futaki (Clínica particular)  
 Luis Alberto Valente Junior (FM-USP – Hospital das Clínicas – Divisão de Odontologia)  
 Marina de Fátima Rossi de Monteiro Piva (SES- SP - Hospital Emílio Ribas)  
 Marisa Santiago S. Boreni (SES-SP – Clínica Amaral Gurgel)  
 Pedro Orville Megale (DIR I – PAM Lapa)  
 Regina Auxiliadora de Amorim Marques (SMS-SP – CSSub-prefeitura Butantã)  
 Sílvio Carlos Coelho de Abreu (SMS-SP – PSF Santa Marcelina)

### **Representantes das Direções Regionais de Saúde**

DIR I: Hiroko H. Nishiyama  
 Mylene Cristina Pauletto; Maureen Ohara; Tania Mendonça; Maria Aparecida Custodio Ferreira; Teresa Cristina de Abreu  
 DIR II: Elisa Ferraz de Alvarenga  
 Maria Inez Arantes Azevedo B. Lippi; Sheila Ruegger Fabiano (Ribeirão Pires)  
 DIR III: Viviane Armindo P. de Miranda  
 Nelson Nakazone (Guarulhos); Egle Lucy Guimarães (Itaquaquecetuba)  
 DIR IV: Rosele Alves de Araújo  
 Márcia Macedo; Vítor Eugênio Aoki; Sérgio Paulo Barbosa; Marinez Macedo (Francisco Morato)  
 DIR V: Renato Maurício da Cruz  
 Olga Maria D. Pires (Embu das Artes); José Alberto Tarifa Nogueira (Embu das Artes); Amélia Mendes N. Guermandi (Embu das Artes); Nilva T. Kitani (Embu das Artes)  
 DIR VI: Lúcia Maria Alves de Lima  
 Milton Zampieri Júnior (Araçatuba); Álida Cristina Botazzo Delbem Fornazari (Araçatuba); Liliane Passanezi Almeida Louzada (FO-Araçatuba); Cíntia Megid Barbieri (FO-Araçatuba)  
 DIR VII: José Carlos Amantéa  
 Gema Maria Pagliarini Pizani (Araraquara)  
 DIR VIII: Cleuber Landre  
 DIR IX: Helda Maria Lucarelli  
 Alex Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos); Juliemy Aparecida de Camargo Schuoteguazza (Faculdade de Odontologia de Barretos); Tadeu Martins (Faculdade de Odontologia de Barretos),  
 DIR X: Elaine Aparecida Casarin  
 Maria Rúbia Ayub Vaca (Borebi); Maria Inês Pereira Bernardes (Agudos)  
 DIR XI: Ana Paula Machado; Arnaldo Porto

DIR XII: Nadja Moscoso Abdalla

Rosimary de Fátima Val (Campinas); Paulo Camargo Moraes (Cosmópolis); Daniel Guimarães Pedro Rocha; (Paulínia) Maurício Saurin (Sumaré); Zuleica Meluza dos Santos (Vinhedo); Aparecida Inácio de Oliveira (Paulínia)

DIR XIII: Cláudio José Abrahão

DIR XIV: Suzel Marlene Longhi Nunes Oliveira

DIR XV: Simone Rennó Junqueira; Roberta Molina

DIR XVI: Diana Tsuyako Sjikura

Rosa Maria Outeiro Pinto Moreira

DIR XVII: Severino Florêncio

Carlos Augusto Garcia de Alencar (Pariquera-açu e Sete Barras); Ricardo Adilson Soares (Miracatu e Juquiá); Marcos Aurélio Maeyama (Iguape e Juquiá); Francisco de Paula Spagnuolo Neto (Pedro de Toledo); Ana Cristina Messaggi Gomes Vendramini (Jacupiranga); Cristianne Aparecida Costa Haraki (Pariquera-açu)

DIR XVIII: Vera Lúcia Morando Simi

DIR XIX: Aparecida Soares Franco

DIR XX: Airton Dias Paschoal; Suely Elizabeth L. Moreira

DIR XXI: Vera Lúcia de Carvalho Pirk

Ana Antonieta P. Valias (São José dos Campos); Marinaldo Guilhermino (São José dos Campos); Maria Aparecida Oliveira Melo (São José dos Campos); Guilherme Ungari (São José dos Campos); Elias Cecílio Neto (São Sebastião); Jefferson Klink (São Sebastião)

DIR XXII: Júlio César P. Gomes

Gisele Rocco Pereira (São José do Rio Preto); Sandra Regina Lourenço Gomes (São José do Rio Preto)

DIR XXIII: Wilson Gonçalves; Maria do Carmo B. Gonçalves

DIR XXIV: Maristela Luzia

Flávio Augusto Claro (Taubaté); Fábio Ribeiro Ito (Tremembé); Lilian Barbosa Moassab (Taubaté)

## CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

### 1. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”

- classificação dos pacientes segundo tipo de deficiência;
- descrição (definição, etiologia, características, sinais e sintomas) das alterações mais relevantes por sistema
- classificação de tratamentos odontológicos por grupos de procedimentos (I, II, III, IV, V, VI), dos menos invasivos para os mais invasivos, o que vai estabelecer o limite de atuação entre clínico geral e especialista e condições de encaminhamento;
- aspectos que devem ser obtidos a partir da avaliação médica e que devem ser considerados na avaliação odontológica;
- classificação de risco e grupos de tratamentos indicados para cada categoria,;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

### 2. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial”

- aspectos a serem observados na consulta inicial e no pré-operatório cirúrgico cuja descrição está detalhada nas “Recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais”,
- sinais e sintomas de interesse na região de pescoço e cabeça;
- aspectos a serem considerados no exame físico e exames complementares mais utilizados;
- fluxo dos pacientes e plano de tratamento detalhando as condutas do clínico geral nos grupos de intervenções emergenciais odontológicas, intervenções emergenciais médicas e exodontias simples;
- aspectos relacionados a dor orofacial;
- condutas a serem tomadas em situações de complicações trans e pós-operatórias;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;

### 3. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia”

- indicações de endodontia;
- recursos utilizados no diagnóstico das alterações pulpares nas diferentes fases de evolução;
- condutas conservadoras que devem ser adotadas pelo clínico geral;
- condutas radicais indicadas para o especialista, com interface com o clínico geral em relação a pulpectomia, drenagem via transdental e extradental (intra e extrabucal);
- condutas de urgência em função de observações na anamnese, no exame físico e nos exames complementares;
- descrição dos passos de cada procedimento;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.



#### **4. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia”**

- aspectos relacionados ao controle da placa bacteriana;
- descrição do índice utilizado para a avaliação periodontal, estabelecendo o limite de atuação entre clínico geral e especialista;
- descrição e funções das sondas periodontais mais utilizadas;
- características de saúde e de doença do tecido gengival a serem identificadas no exame clínico;
- classificação e descrição das doenças periodontais;
- considerações sobre tabagismo e seu papel na evolução das doenças periodontais;
- descrição dos tratamentos a serem realizados pelo clínico geral e pelo especialista e suas interfaces;
- condutas de urgência em periodontia,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **5. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de semiologia”**

- aspectos relacionados ao exame clínico, à anamnese e ao exame físico;
- características dos exames complementares necessários ao diagnóstico de alterações;
- descrição das lesões fundamentais;
- grupos de lesões, tipos de alterações, características clínicas, tipo de diagnóstico e tratamento;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências,
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **6. “Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva”**

- aspectos relacionados ao exame clínico como posição do bebê para exame e situações de normalidade e alterações importantes em relação ao exame físico geral, extra e intra-bucal e oclusão;
- descrição de manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas e fúngicas, bem como de aspectos relacionados à respiração bucal;
- seqüência de erupção dentária e risco de cárie dentária;
- para cada tipo de alteração descrita, o tratamento recomendado e o profissional indicado para sua execução e as interfaces de atuação;
- descrição detalhada dos procedimentos a serem realizados pelo clínico geral;
- condutas e encaminhamentos diante de situações de urgências e emergências;
- medicamentos mais utilizados e suas indicações;
- relação de instrumental necessário para o atendimento;
- bibliografia recomendada.

#### **7 - “Qualidade e resolutividade na atenção básica” recomendações de biossegurança”**

- abordagem resumida das medidas de precaução universal a ser considerada na prática odontológica, reportando-se às portarias e resoluções relacionadas;
- bibliografia recomendada.

# **Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva**

## **Responsáveis**

Dolores M.S. Russo  
Myriam Rossi

## **Sumário**

Consulta inicial – Exame clínico.....	10
Plano de tratamento e tratamento.....	19
Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral.....	23
Urgências e emergências.....	31
Instrumental necessário.....	34
Material necessário.....	35
Bibliografia recomendada.....	37

# ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA PREVENTIVA

## Consulta inicial - Exame clínico

Posições para exame do bebê		
1 - Criança em contato íntimo com os pais(colo)  Aceitável para exames de crianças pequenas, quando o profissional não possui a <i>Macri</i> . A criança fica no colo da mãe e esta na cadeira odontológica.	2 - Contato íntimo entre criança/pais/profissional. Posição <i>Knee-Knee</i> (joelho-jelho)  A criança fica com a cabeça no colo do dentista e com o tronco e pernas no colo da mãe.	3 - Contato parcial pai/filho/profissional  Ocorre com o uso da <i>Macri</i> , ou similar, onde o profissional e pais participam da atenção odontológica, facilitando a introdução do método educativo-preventivo.
Aceitável	Aceitável	Adequado

Exame físico	
O profissional deverá observar a estatura e peso da criança, sua postura, maneira de andar, seu olhar; todas anormalidades deverão ser registradas	
Mãos	
Temperatura	
Normal	Alterado
Mãos mornas	Mãos frias e pegajosas(ansiedade anormal)
Hábitos (sucção de dedos, onicofagia)	
Normal	Alterado
Dedo(s) sem alterações	Dedo(s) com calosidades ou incomumente limpo(s) (hábito de sucção)
Lesões de pele	
Normal	Alterado
Sem alterações	Presença de eritema e escamação
Unhas	
Normal	Alterado
Cor clara/sem deformidades	Cor azulada (sugere doença cardíaca congênita)

Exame físico extra-bucal	
Simetria crânio-facial	
Normal	Alterado
Relação maxilo-mandibular compatível	Relação maxilo-mandibular alterada
Simetria facial	Assimetria facial
Lesões de pele na face	
Normal	Alterado
Tecido sem alterações, ausência de dor	Presença de úlceras ou vesículas, presença de dor

<b>Acesso à cavidade bucal do bebê:</b>	
<b>Mecanismos</b>	
Pressionando o polegar na palma da mão do bebê, sua boca se abre (reflexo de Babkin)	Toque em palato na região pós-tuberosidade maxilar, com a ponta do dedo indicador, caminhando pela região vestibular da arcada superior, ele abre a boca
<b>Relação maxila/mandíbula (normal no bebê)</b>	
Visão ântero-posterior	Visão frontal
Mandíbula posicionada para distal em relação à maxila	Presença ou não de espaço vertical entre maxila e mandíbula
Predominância da concavidade na região anterior da mandíbula, pela ação de protrusão da língua na idade fetal	

<b>Exame físico intra-bucal do bebê</b>				
<b>Características de normalidade</b>				
Cordão fibroso	Mandíbula	Freio labial superior	Calo de amamentação	Dentes natais e neonatais
Muito desenvolvido no recém-nascido Involui quando próximo à erupção dentária (tanto nos rodets superior e inferior, sobre a região de incisivos e caninos)	Apresenta falsa micrognatia  Está projetada para o interior da face e do crânio	Inicialmente tem inserção palatina  Com o crescimento e desenvolvimento da arcada superior, tende a inserir-se na tábua ossea alveolar vestibular	Aumento de volume do lábio superior  Associado ao aleitamento materno	Presentes ao nascimento ou logo após  Mais freqüentes na região anterior da mandíbula  <i>Conduta: tomada radiográfica</i>

<b>Exame físico intra-bucal do bebê</b>	
Freio lingual	
Anquiloglossia	
Presença	Ausência

Língua		
Característica	Associação	Consequência
Macroglossia	Cretinismo Síndrome de Down  Reação alérgica (edema angioneurótico): crescimento transitório	Padrão anormal de crescimento da mandíbula e alteração na oclusão  Deglutição atípica
Anquiloglossia	---	Freio lingual curto, limitar os movimentos linguais, causando dificuldades na fala e deglutição atípica
Fissurada	Cretinismo Síndrome de Down	Nenhum significado clínico
Saburrosa (sabor branca)	Dieta e higiene Doenças sistêmicas (febre e desidratação)	---
Branca em morango (aparência de morango verde)	Escarlatina (aumento da papila fungiforme)	---
Geográfica (desenhos variados no dorso da língua)	Etiologia desconhecida	---
Gengiva:		
Cor		
Normal		Alterado
Rosa -claro		Branco-acinzentado, azulada, avermelhada
Textura		
Normal		Alterado
Lisa e sem lesões, mais flácida que a do adulto		Lesões múltiplas ou consistência firme ou área elevada ou presença de capa necrótica pseudomembranosa
Sangramento		
Normal		Alterado
Frente à injúria ou trauma local		Sangramento espontâneo
Mucosa jugal		
Normal		Alteradas
Sem lesões, tecido liso e claro		Lesões por mordida sugere má oclusão Úlceras arredondadas (auréola vermelha) (ex: herpes)

<b>Exame físico intra-bucal do bebê</b>				
Freio Labial				
Inserção palatina fibrosa		Inserção normal		
Lábios				
Diastema anterior		Posição correta		
Aspectos a serem observados				
Lesões herpéticas	Lesões aftosas	Trauma por hábitos	Tonicidade labial	Fissura labial (lábio leporino)
Vermelhidão gengival Vesículas rompem-se formando úlceras Pode estar acompanhado de: mal estar, irritabilidade, cefaléia	Úlceras únicas ou múltiplas com margens salientes Sem sintoma sistêmico	Sucção mordida ou	Deficiência muscular	Falta de vedamento
Gengiva e rebordo alveolar				
Tipo	Características		Localização	
Nódulos de Bohn	Branco-acinzentado		Vestibular rodetes gengivais	
Pérolas de Epstein	Consistência firme		Rafe palatina mediana	
Cisto de lâmina dentária	Desaparecem sem tratamento		Região posterior das arcadas	
Cisto (hematoma de erupção)	Rebordo alveolar azulado Tratamento cirúrgico quando se prolonga ou se está dificultando a sucção ou mastigação		---	

<b>Exame físico intra-bucal do bebê</b>	
Manifestações bucais de doenças viróticas:	
Doença	Manifestações
Sarampo	Manchas brancas na mucosa jugal (Manchas de Koplick) Alterações nos ameloblastos (hipoplasias ou hipocalcificações)
Rubéola	Manchas roxas no palato duro (Manchas de Forscheimer) Pode causar hipoplasias
Varicela (catapora)	Vesículas na mucosa bucal, gengiva e língua
Caxumba	Diagnóstico diferencial com abscesso dental
Herpes simples ( <i>primo-infecção</i> ) (menores de 4 anos de idade)	Úlceras na mucosa bucal após quadros de mal estar, febre baixa e perda de apetite
Estomatite herpética secundária ou recidivante  (infantes e pré-escolares - não freqüente em lactantes)	Vesículas nos lábios e interior da cavidade bucal, precedidas por ardência ou formigamento e ligeira sensibilidade local, que se rompem e formam ulcerações que no lábio ficam recobertas por crosta acastanhada Fatores predisponentes: febre, gripe, ansiedade - sempre em pacientes já contaminados
Herpangina ou faringite aftosa	Úlceras semelhantes às do herpes vírus, porém menores
Úlcera aftosa recorrente (afta)	Úlceras associadas a traumatismos, fatores psíquicos, deficiências nutricionais, imunidade, exposição a certos alimentos (chocolate, conservantes, nozes, glúten, tomate, morango, abacaxi) e a bases genéticas
Portadoras de HIV	Sinais clínicos: afta, abscesso dental, candidíase, queilite angular, parotidite
<b>Doença bacteriana</b>	
Doença	Manifestações
GUNA (Gengivite ulcerativa necrosante aguda) ou Infecção de Vicent	Envolvimento de papilas interproximais Pseudomembranas necrosadas, halitose Pode apresentar febre e linfadenopatia
<b>Doença fúngica</b>	
Doença	Manifestações
Candidoses (Monolíase) (lactentes, debilitados e portadores de doenças crônicas) (+ comum: Candidíase pseudomembranosa - “sapinho”)	Placas brancas, facilmente removidas, mas provocando sangramento

<b>Exame físico da oclusão</b>			
Características do sistema estomatognático em equilíbrio			
Condição		Situação favorável	
Máxima intercuspidação		Oclusão cêntrica coincide com máxima intercuspidação	
Movimentos latero-protusivos da mandíbula		Movimentos mandibulares devem ser livres, sem impedimentos ou mudanças de direção Lado de trabalho: contatos no maior número de dentes possível Lado de balanceio: contatos suaves nos dentes posteriores	
Plano oclusal		Paralelo ao Plano de Camper	
Função oclusal		Congruente com o trabalho de todos os músculos envolvidos neste processo	
Esse equilíbrio funcional, com liberação da mandíbula, promove estímulos necessários para desenvolvimento adequado da face e correção das anomalias de crescimento.			
Análise da dentição decídua			
Tipos de arcada (Classificação de Baume)			
Tipo 1		Tipo 2	
Com diastema		Sem diastema	
Presença ou ausência de espaço primata			
Superior		Inferior	
Entre incisivo lateral e canino		Entre canino e 1º molar	
Relação de caninos			
A cúspide do canino superior deve tocar o espaço primata inferior e a cúspide do canino inferior, tocar o espaço primata superior			
Relação dos 2º molares decíduos			
Tipo	Ocorrência	Significado	
Em plano	76% dos casos	Favorável em termos de oclusão	
Degrau mesial	14% dos casos	Favorável em termos de oclusão	
Degrau distal	10% dos casos	Prenúncio de oclusopatia	
Linha média			
Normal		Com desvio	
Alinhamento dos freios labial superior e inferior		Desvio para um dos lados do freio labial inferior	
Mordida			
Plano horizontal		Plano frontal	
Aberta	Profunda	Cruzada	
		Direita	Esquerda

*Obs: Mordidas de topo anterior são normais na fase de dentição mista.*



<b>Oclusão normal na dentição decídua</b>
1. Relações incisais normais do arco decíduo: a sobremordida dos incisivos superiores não ultrapassa o terço incisal dos inferiores Na sobremordida, o bordo incisal dos incisivos centrais inferiores toca a superfície palatina dos incisivos centrais superiores e a sobressaliência não excede a 2mm (em oclusão)
2. Ausência de apinhamentos, mordida aberta ou mordida cruzada
3. Relação terminal dos 2° molares decíduos em plano vertical ou degrau mesial para mandíbula

<b>Exame físico da oclusão</b>	
Tipos de mordidas cruzadas posteriores	
Verdadeira (por crescimento assimétrico)	Funcional
A posição cêntrica coincide com a máxima intercuspidação e a situação física é de mordida cruzada, com comprometimento de um lado, da maxila e de outro da mandíbula	<p>Apresenta desvio de posição da mandíbula, para fugir de uma intercuspidação oclusal instável, acompanhada de descentralização da linha média</p> <p>Não há coincidência entre a relação cêntrica e intercuspidação máxima</p> <p>Em cêntrica pode-se verificar uma mordida de topo bilateral, geralmente com contato prematuro dos caninos decíduos</p> <p>Desvio da linha média para o lado da mordida cruzada</p>

<b>Respiração</b>	
Considerações	
A respiração bucal ou nasal insuficiente dificulta o equilíbrio do peso, a correta postura corporal, a fonação, além do grande número de alterações patológicas que são encontradas diante do padrão equivocado de respiração.	
Causas da respiração bucal	
<p>Não amamentação no peito</p> <p>Rinite alérgica</p> <p>Causas congênitas</p>	
Características do respirador bucal	
<p>Palato alto (em forma ogival)</p> <p>Ronco</p> <p>Adenoidites</p> <p>Amigdalites</p> <p>Gengivites</p>	<p>Bronquites</p> <p>Má postura corporal</p> <p>Obesidade</p> <p>Magreza excessiva</p>

<b>Exame físico dentário e exame radiográfico</b>			
Anomalias dentárias			
Número			
Anadontia	Oligodontia	Hipodontia	Dente Supranumerário
Ausência de todos os dentes Associada à displasia ectodérmica	Ausência de múltiplos dentes	Ausência de um ou poucos dentes	Geralmente ântero-superior e quando múltiplos, em geral associado a síndromes
Forma			
Fusão	Geminação	Taurodontismo	Dens in dente
União de 2 germes dentários	Coroa bífida sobre uma única raiz	Corpo do dente aumentado, com câmara pulpar alargada	Invaginação lingual do esmalte
Cor			
Hemólise (liberação de hemoglobina) Dentes azulados Associada com a Eritroblastose fetal			
Lesões de cárie			
Manchas brancas ativas		Cavidades agudas Cárie rampante (cárie de mamadeira)	
Manchas brancas inativas (pigmentadas)		Cavidades crônicas	

<b>Erupção</b>	
Seqüência favorável de erupção dentária	
Decíduos	Permanentes
Incisivo central inferior Incisivo lateral inferior Incisivo central superior Incisivo lateral superior Primeiro molar inferior Primeiro molar superior Canino inferior Canino superior Segundo molar inferior Segundo molar superior	Primeiro molar inferior Primeiro molar superior Incisivo central inferior Incisivo lateral inferior Incisivo central superior Incisivo lateral superior Canino inferior Primeiro pré-molar inferior Primeiro pré-molar superior Segundo pré-molar inferior Segundo pré-molar superior Canino superior Segundo molar inferior Segundo molar superior

Risco de cárie	
Dieta x higiene x contaminação (0 a 3 anos )	
Baixo risco	Alto risco
Higienização presente Baixo consumo de carboidratos Sem placa visível Não faz amamentação noturna	Higienização ausente Alto consumo de carboidratos Placa visível Faz amamentação noturna

*Obs.: Para outras faixas etárias, utilizar a classificação proposta pelo Centro Técnico de Saúde Bucal da SES-SP na “Recomendações para o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS-SP em função do risco de cárie dentária”.*

## Plano de tratamento e tratamento

Dentes natais ou neonatais		
Tomada radiográfica de dentes natais ou neonatais		
Supranumerário	Não supranumerário	
Mais freqüente na região ântero-superior Normalmente mal formado e com risco de aspiração	---	
Conduta		Profissional
Se estiver dificultando ou impedindo a amamentação deve ser extraído	Deve ser mantido (arredondar bordas cortantes)	Clínico geral
Língua		
Alteração	Tratamento	Profissional
Macroglossia	Remoção cirúrgica de uma porção da língua em forma de cunha	Cirurgião buco-maxilo-facial
Anquiloglossia	Tratamento cirúrgico quando interfere na amamentação ou na fala	Odontopediatra ou clínico geral
Fissurada	Tratamento desnecessário, a não ser que infecte as regiões de fissuras Reforço sobre a higiene da língua é fundamental	Clínico geral
Saburrosa	Orientação da higiene	Clínico geral
Branca em morango	Nenhum tratamento Desaparece após ceder o quadro da doença sistêmica	---
Geográfica	Nenhum tratamento	---
Freios labiais e lingual		
Condição	Tratamento	Profissional
Inserção fibrosa	Frenectomia	Cirurgião buco-maxilo-facial, odontopediatra ou clínico geral
Anquiloglossia	Frenectomia	Cirurgião buco maxilo-facial, ou odontopediatra clínico geral

*Obs: A frenectomia labial não deve ser feita na fase de dentição decídua. Tenta-se primeiro a redução do diastema. Após a erupção dos caninos permanentes, caso necessário, realiza-se a frenoplastia.*

## Plano de tratamento e tratamento

Manifestações bucais de doenças viróticas		
Doença	Tratamento	Profissional
Sarampo	Nenhum	---
Rubéola	Sintomático	Clínico geral
Varicela (catapora)	Sintomático	Clínico geral
Caxumba	Sintomático	Clínico geral
Herpes simples	Alívio de sintomas	Clínico geral
Estomatite herpética secundária ou recidivante	Agentes antiviróticos	Clínico geral
Herpangina ou faringite aftosa	Agentes antiviróticos	Clínico geral
Úlcera aftosa recorrente (afta)	Remoção do fator traumático (se presente) Alívio de sintomas e aplicação de agente cicatrizante	Clínico geral
Doença bacteriana		
Doença	Tratamento	Profissional
GUNA	Limpeza profissional cuidadosa Medicação tópica e sistêmica (se necessário)	Clínico geral
Doença fúngica:		
Doença	Tratamento	Profissional
Candidoses (Monolíase)	Limpeza das áreas afetadas Antibiótico ou antifúngico	Clínico geral

## Plano de tratamento e tratamento

Alterações oclusais		
Alteração	Tratamento	Profissional
Arco dentário tipo 2	Acompanhamento	Clínico geral
Ausência de espaços primatas	Acompanhamento	Clínico geral
Relação de caninos	Interceptação	Clínico geral
Relação dos 2 <sup>os</sup> molares em plano	Nenhum	---
Relação dos 2 <sup>os</sup> molares em degrau mesial	Acompanhamento	Clínico geral
Relação dos 2 <sup>os</sup> molares em degrau distal	Encaminhamento	Especialista em ortopedia
Mordida cruzada funcional com desvio de linha média	Desgaste de dentes necessários para destravamento (ex. caninos) e utilização de pistas planas	Clínico geral
Mordida aberta	1. Remoção de hábitos que possam estar interferindo (ex: chupeta, dedo, mamadeira) 2. Modificação de hábitos alimentares com introdução de alimentos duros secos e fibrosos 3. Se necessário, encaminhamento	Clínico geral, especialista em ortopedia e fononoaudiólogo.
Mordida profunda	Pista direta(± 5 anos de idade) Aparatologia se necessário (8 a 10 anos de idade)	Clínico geral / especialista em ortopedia
Anomalias dentárias		
Alteração	Tratamento	Profissional
Anadontia	Estético e funcional (dentadura)	Odontopediatra
Oligodontia	Estético e funcional (dentadura parcial)	Odontopediatra
Hipodontia	Estético e funcional	Odontopediatra
Fusão	Tomada radiográfica para estudo do caso	Equipe multidisciplinar
Geminação	Redução da largura méso-distal da coroa	Clínico geral
Taurodontismo	Acompanhamento	Clínico geral
Dens in dente	Restauração profilática da abertura (invaginação)	Clínico geral
Hemólise	Tratamento estético	Clínico geral
<p><i>Obs: Um achado comum na fusão de dentes decíduos é a ausência congênita dos permanentes correspondentes.</i></p>		

## Plano de tratamento e tratamento

Desequilíbrio na erupção dentária		
Alteração	Tratamento	Profissional
Sequência de erupção incorreta	Acompanhamento Clínico e radiográfico	Clínico geral / odontopediatra
Risco de cárie (0 a 3 anos)		
Risco	Tratamento	Profissional
Baixo	1 consulta objetivo: manutenção da saúde bucal.(retorno semestral)	Clínico geral
Alto	4 consultas consecutivas com intervalo de 1 semana objetivo: reversão dos fatores de risco (retorno a ser definido de acordo com o caso)	Clínico geral

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Atividade	Objetivo
Atendimento emergencial	Resolução de problemas relativos às dores, infecções, inflamações e traumas Resolução das doenças da boca e manifestações bucais de doenças gerais do bebê
Atividades educativas (trimestrais)	Esclarecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- saúde x doença</li> <li>- doença cárie e sua prevenção</li> <li>- alimentação (principalmente a amamentação noturna)</li> <li>- dentes decíduos: importância e erupção</li> <li>- dieta</li> <li>- reforço ao aleitamento</li> <li>- higienização após as mamadas (escovas macias ou dedeiras)</li> <li>- orientação sobre transmissão da cárie ao bebê</li> <li>- remoção de hábitos (chupeta e dedo)</li> <li>- demonstração dos procedimentos de higienização</li> </ul>
Consultas após determinação do risco de cárie	Estímulo à mudanças de hábitos de higiene e dieta e reforço das práticas de higiene
Seqüência das consultas	
Baixo risco	Alto risco
1 <sup>a</sup> consulta Higiene com gaze embebida em água filtrada	1 <sup>a</sup> consulta Higiene com gaze embebida em água filtrada, reforço ao responsável sobre as mudanças, corrigindo as falhas de hábitos (dieta/higiene), aplicação de verniz fluoretado nas manchas brancas ativas
	2 <sup>a</sup> consulta Aplicação do verniz fluoretado nas manchas brancas ativas e realização de Restaurações Atraumáticas nas lesões cavitadas
	3 <sup>a</sup> consulta Repetição dos procedimentos da 2 <sup>a</sup> consulta
	4 <sup>a</sup> consulta Repetição dos procedimentos
Retorno: semestral	Retorno: a ser definido de acordo com as mudanças obtidas

*Obs: Conforme literatura atual, tem sido recomendado que não se manipule a cavidade bucal de bebês antes da erupção dentária. Para limpeza dentária pode-se indicar: escovas, dedeiras ou gaze.*



## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Atividade	Objetivos	
Tratamento de bebês com alta atividade de cárie	Tratamento de choque: 4 consultas com intervalo de 1 semana Ação sobre os fatores causais Orientação aos pais Aumento da resistência do dente	
Seqüência de passos		
Manchas brancas ativas		Lesões cavitadas
Limpeza dos dentes		Limpeza dos dentes
Aplicação de verniz fluoretado Secagem Aplicação Orientações: atividades educativas	ART ( <i>Atraumatic Restorative Treatment</i> ) Remoção total do tecido cariado Utilização de curetas, Sem anestesia Limpeza e secagem da cavidade Aplicar e do material restaurador (cimento de ionômero de vidro) Firme pressão Remoção do excesso	
Retornos		
Após avaliação da melhora do quadro, definição de retorno para cada caso		
Atividade	Objetivos	
Tratamento de cárie rampante (mamadeira)	Aplicação de solução cariostática Utilização cimento de ionômero de vidro nas cavidades	
Atividade	Tipos	
Prevenção das oclusopatias	Orientações à gestante Orientações aos pais	
Orientações à gestante		
Respiração	Normal pelas narinas	Manter as narinas limpas Evitar resfriados Agasalhar bem o bebê
Amamentação	No peito até 6 meses	Posição ortostática (cabeça o mais vertical possível)
Alimentação	Após 6 meses introduzir sucos e sopas	Usar copo e colher Oferecer alimentos secos e duros
Orientação aos pais		
Eliminação de hábitos	Auxílio de equipe multidisciplinar: fonoaudiologista, otorrinolaringologista, homeopata, alergologista	
Modificação da dieta		

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Manobras interceptativas de alterações oclusais	
Alterações	Manobras
Mordida cruzada anterior decídua	<p>1. Aplicação de pressões digitais na região palatina dos incisivos superiores e papila palatina, de 3 a 5 minutos, 2 vezes ao dia</p> <p>2. Formação de plano inclinado com abaixadores de língua, ou espátulas de madeira, estimulando o fechamento da boca nos movimentos de morder a espátula e de reposicionamento mandibular no sentido posterior</p> <p><i>Obs: O descruzamento de um dente é relativamente fácil quando executado durante a fase de erupção. O uso da tala de madeira ou espátula plástica, depende da atuação dos pais e necessita de aconselhamento e orientação profissionais. Quanto mais tarde se executar este tipo de descruzamento, mais difícil será obtê-lo. Esta manobra é do tipo a curto prazo.</i></p>
Cruzamento de caninos e 1 <sup>os</sup> molares decíduos	Exercícios realizados com espátulas, formando plano inclinado, 3 vezes ao dia durante 5 minutos
Mordida cruzada posterior decídua unilateral	<p>Pistas diretas</p> <p>Podem ser utilizadas para reequilíbrio funcional que estimule condições de pequenas disto-oclusões, mesio-oclusões, sobremordidas e mordidas cruzadas funcionais posteriores onde haja compatibilidade de perímetro entre arcos.</p> <p><i>Obs. Não podem ser utilizadas como terapêutica exclusiva em mordidas cruzadas verdadeiras.</i></p>

*Obs<sub>1</sub>: Pode-se utilizar o plano inclinado (em resinas) para descruzar dente anterior decíduo.*

*Obs<sub>2</sub>: Para dentes em infra-oclusão deve-se aumentar a coroa dentária com resinas. (avaliação clínica e radiográfica).*

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Seqüência de passos das pistas planas	
1. Ajuste oclusal (cêntrica e lateralidade)	<p>Deverá preservar ao máximo a estrutura dentária Em cêntrica visa alcançar o maior número de contatos oclusais Em lateralidade visa igualar ou inverter o lado da mínima dimensão vertical <i>Obs: Quando os objetivos não são atingidos com o ajuste oclusal, são utilizados os planos em resina para obtenção dos contatos oclusais e dimensão vertical desejada. A quantidade de resina a ser colocada em cada dente será determinada pelos espaços interoclusais remanescentes após o ajuste oclusal.</i></p>
2. Aplicação de resinas	<p>Limpeza mecânica profissional, isolamento relativo, condicionamento ácido, aplicação da resina fotopolimerizável líquida e aplicação da resina fotopolimerizável sólida</p> <p>1. Inicia-se pelos dentes superiores do lado cruzado na seguinte seqüência: - Face oclusal e vestibular do segundo molar - Face vestibular do canino - Face oclusal e vestibular do primeiro molar</p> <p>2. Em seguida nos dentes inferiores com inclinações contrárias às superiores, para que as pistas se toquem. Se necessário, as resinas podem ser utilizadas no lado contrário ao lado cruzado.</p> <p><i>Obs: Procura-se deixar o plano oclusal paralelo ao Plano de Camper no sentido sagital.</i></p> <p>Na inclinação vestibulo-palatina, a mínima dimensão vertical estará voltada para o plano sagital mediano. Evitar sempre que possível a alteração da dimensão vertical estabelecida com o ajuste oclusal. Usar matriz entre os dentes para a resina não escorrer para a região interproximal</p>
3. Reajuste da oclusão	Feita através de desgastes
4. Monitoramento	<p>Intervalos de 1 a 3 meses <i>Obs: Sempre que necessário, reajusta-se a oclusão com desgaste e ou acréscimo de resinas.</i> As pistas serão eliminadas automaticamente com a esfoliação dos dentes decíduos</p>

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Tratamento das manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas, fúngicas, carenciais e enfermidades mistas	
Doença	Tratamento
Rubéola	Analgésico e hidratação da criança Encaminhar ao pediatra
Varicela (catapora)	Analgésico Local: banho com permanganato de potássio, aplicação de talco mentolado nas lesões Encaminhar ao pediatra
Herpes simples	Recomendação de dieta líquida ou pastosa e hiperproteica Repouso Prescrição: 1. Paracetamol gotas (ex. Tylenol) Posologia: 1 gota/kg de peso de 6/6h (máximo 4 doses diárias) 2. Digluconato de clorexidina 0,12% (ex. Periogard) Posologia: bochechar com 1 colher de sopa da solução não diluída a cada 12 horas por 5 dias; com cuidado para não deglutir
Estomatite herpética secundária ou recidivante	Agentes antiviróticos (Aciclovir) Comprimidos 200mg ou 400mg – 1 comprimido de 200mg/dia por 5 dias (crianças a partir de 12 anos) Crianças menores de 12 anos: somente analgésicos
Herpangina ou faringite aftosa	Sintomático (analgésico e antitérmico) Encaminhar ao médico pediatra pois pode complicar.
Úlcera aftosa recorrente (afta)	Aplicar pomada de triancinolona nas lesões (ex. Oncilon-A em Orabase) Posologia: pequenas quantidades ao deitar

Tratamento de doença bacteriana	
Doença	Tratamento
GUNA (Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda)	Anestesia local Remoção de depósitos grosseiros de placa Irrigação com solução fisiológica Prescrição: 1. Bochechos de digluconato de clorexidina a 0,12% (1 semana, pela manhã e à noite) 2. Dipirona sódica ou paracetamol (para alívio da dor) 3. Antibioticoterapia quando na presença de febre, mal-estar, linfadenite (exemplo: amoxicilina + metronidazol) Retorno após 24 ou 48 horas

*Obs.: Terapias conservadoras fazem uso do metronidazol apenas em casos severos.*

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Tratamento de doença fúngica	
Doença	Tratamento
Candidoses (Monolíase)	Limpeza: solução saturada de bicabornato de sódio (3 a 4 vezes ao dia) Prescrição de antifúngico sistêmico: Nistatina: Miconostatin solução oral: 1ml na língua de 6/6h durante 7 dias

Terapia pulpar em odontopediatria
Capeamentos pulpares
Contra-indicações
Maioria dos casos: capeamentos pulpares diretos em dentes decíduos
Indicações
Molares de crianças com menos de 4 anos e onde a exposição não foi contaminada pela saliva, ou casos de exposição pulpar de diâmetro pequeno
Materiais
Óxido de zinco e eugenol ou hidróxido de cálcio
Técnica
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolamento absoluto ou relativo bem executado</li> <li>- Lavar a ferida com solução fisiológica ou Tergentol furacin</li> <li>- Secar com algodão esterilizado</li> <li>- Colocar o agente capeador</li> <li>- Obturação provisória</li> </ul>

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

<b>Terapia pulpar em odontopediatria</b>
Pulpotomia
Indicações
Quando o dente deverá permanecer no arco por mais de 6 meses <i>(Obs. Avaliação radiográfica, pela quantidade de raiz reabsorvida e pelo estágio de desenvolvimento do sucessor permanente)</i>
Pulpite inicial, quando ao se praticar a pulpotomia, ainda se apresenta sangramento
Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeção física: paciente em bom estado geral de saúde</li> <li>- Mucosa: ausência de tumefações ou fistulas.</li> <li>- Radiografia: auxiliar de diagnóstico</li> <li>- Teste térmico: reação maior com calor (prognóstico sombrio em relação à pulpotomia)</li> </ul> <i>Obs. Estados hiperêmicos são viáveis à pulpotomia</i>
Técnica (com emprego do formocresol)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- anestesia e isolamento</li> <li>- remoção completa do tecido cariado</li> <li>- remoção completa do teto da câmara pulpar</li> <li>- ulpotomia (com escariadores em forma de colher, bem afiados)</li> <li>- hemostasia</li> <li>- lavagem da câmara pulpar com detergentes</li> <li>- aplicação de penso de algodão embebido(sem excesso) em formocresol sobre os cotos pulpare por 10 minutos.(diluído1:5)</li> <li>- remoção do formocresol e colocação de óxido de zinco e eugenol (Tipo1 )de consistência firme</li> <li>- colocação de fosfato de zinco</li> <li>- restauração do dente definitivamente se possível</li> </ul> <i>Obs: Em casos de grande sensibilidade na abertura da câmara pulpar pode-se expor pequena porção do corno pulpar e colocar algodão com formocresol em contato com a polpa, fechar com óxido de zinco e eugenol e na consulta seguinte realizar a pulpotomia</i>
Técnica de Guedes-Pinto
<ul style="list-style-type: none"> <li>- anestesia</li> <li>- isolamento absoluto ou relativo bem executado.</li> <li>- remoção da cárie e todo esmalte sem apoio de dentina</li> <li>- amputação da polpa coronária com curetas afiadas</li> <li>- irrigação com soro fisiológico e aspiração</li> <li>- colocação de penso de algodão estéril com compressão suave</li> <li>- após contenção da hemorragia, colocar a pasta Guedes Pinto e obturar na mesma sessão.</li> <li>- controle radiográfico semestral</li> </ul>
Composição da pasta: iodofórmio, paramonoclorofenol canforado, acetato de predmisolona e rifampicina s.v. (ex: Rifocort)

## Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Tratamento de dentes decíduos com polpa mortificada
Indicações
Dentes anteriores e posteriores com mortificação pulpar, com ou sem lesão periapical, na presença ou não de fístula
Contra-indicações
Crianças com saúde comprometida; dentes com grande reabsorção radicular (aproximadamente 2/3) ou cáries atingindo a bi ou trifurcação
Técnica
<ul style="list-style-type: none"> <li>- anestesia(se necessário)</li> <li>- isolamento absoluto ou relativo bem executado</li> <li>- abertura da câmara coronária com broca esférica</li> <li>- esvaziamento da câmara coronária com cureta e a seguir irrigação com tergentol-furacin</li> <li>- localização dos canais radiculares</li> <li>- levar à câmara coronária o Endo PTC, ativado pelo líquido de Dakin, gotejando para obter-se efervescência</li> <li>- instrumentação com limas tipo kerr, usando-se 2 números à mais que o inicial</li> <li>- irrigação final com tergentol-furacin com sucção</li> <li>- secar com cones de papel</li> <li>- obturar os canais com pasta constituída por partes iguais de iodofórmio, paramonoclorofenol canforado(proporção 3 para 7 ) e acetato de predmisolona e rifampicina s.v. (ex: Rifocort)-colocar guta-percha na câmara coronária, selar e obturar o dente</li> <li>- avaliação: 3 em3 meses</li> </ul> <p><i>Obs<sub>1</sub>. Não há inconveniente em extravasar parte da pasta.</i></p> <p><i>Obs<sub>2</sub>. A instrumentação do canal decíduo é uma remoção de tecido necrosado do interior do canal (cuidado com o germe do permanente)</i></p>
<u>Fórmula do Endo PTC:</u> Peróxido de uréia -10% Tween 80 -15% Carbowax -75%

## Urgências e emergências

### Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Diagnóstico e tratamento das dores dentárias na dentição decídua	
Anamnese	
Baseada na interpretação dos pais com relação à queixa da criança	
Características da dor e estado pulpar na dentição decídua	
Estado pulpar	Características da dor
polpa vital;pulpite reversível	dor estimulada de curta duração
polpa vital;pulpite irreversível	dor estimulada de longa duração ou espontânea
polpa sem vitalidade: abscesso periapical agudo	dor constante, edema, sensível na oclusão
polpa sem vitalidade:inflamação periapical crônica	geralmente assintomática
Avaliação clínica	
Observar:	
- tamanho da lesão de cárie, estado dos tecidos gengivais circundantes, presença de abscesso ou fistula	
- mobilidade: pode ser reabsorção normal do dente ou destruição das estruturas de suporte	
Recursos	
Radiografias: auxiliam, mas não definem o diagnóstico	
Testes de vitalidade pulpar: não são confiáveis para crianças pequenas e podem alterar o comportamento da criança	

Pulpite reversível ou hiperemia	
Anamnese	
Dor estimulada por calor, frio ou doces	
Dor minimizada após a remoção do estímulo	
Exame clínico	
Lesão de cárie próxima à polpa	
Tratamento imediato	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- anestesia</li> <li>- escavação da maior parte da lesão cariosa possível, interromper quando muito profunda.</li> <li>- colocação de base de hidróxido de cálcio (ex. Dycal)</li> <li>- inserção de restauração provisória (ex. IRM, ionômero de vidro)</li> <li>- retorno para tratamento: 6 semanas</li> <li>- tratamento: remoção da restauração provisória, e remanescente de cárie (se houver), confecção da restauração definitiva (se estiver assintomático)</li> </ul>	



## Urgências e emergências

### Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Pulpite irreversível
Anamnese
Dor espontânea ou prolongada após estímulo por calor, frio ou doces
Exame clínico
Lesão de cárie muito profunda Possível sensibilidade à percussão
Tratamento Imediato
Pulpotomia (citada anteriormente)
Polpa sem Vitalidade (necrótica)
Anamnese
Pode estar assintomática Dor espontânea e ou prolongada Sensibilidade na oclusão
Exame Clínico
Lesão de cárie profunda Mobilidade (radiolucidez periapical ou na furca) Exsudato no sulco gengival Fístula
Tratamento Imediato
<ul style="list-style-type: none"> <li>- anestesia e isolamento (absoluto ou relativo)</li> <li>- acesso à câmara pulpar com broca esférica</li> <li>- limpeza de todo o conteúdo da câmara com broca esférica grande e de baixa rotação</li> <li>- desobstrução dos canais para drenagem (no caso de se ter exsudato purulento)</li> <li>- irrigação com soro fisiológico</li> <li>- secagem com bolinhas de algodão</li> <li>- selamento com bolinha com paramonoclorofenol canforado (pequena quantidade)</li> <li>- colocação de bolinha de algodão seca</li> <li>- restauração provisória (cimento IRM)</li> <li>- agendamento: 4 a 7 dias após (para tratamento endodôntico definitivo - citado anteriormente)</li> </ul> <p><i>Obs. Em casos de abscessos grandes, com presença de sintomatologia geral (febre, mal estar), deve-se deixar o dente aberto (somente protegido com bolinha de algodão), e entrar com medicação antibiótica e anti-inflamatória</i></p> <p><i>Ex. amoxicilina (Amoxil, Novocilin), cefalexina (Keflex), diclofenaco (Cataflan)</i></p>

## Urgências e emergências

### Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

Hematoma de erupção
Diagnóstico
Área elevada, tecido azulado (pouco tempo antes da erupção do dente)
Tratamento
Geralmente: nenhum, somente orientações aos pais, pois o aspecto pode assustar Casos mais graves: excisão cirúrgica da mucosa sobrejacente a fim de drenar o fluido e expor a coroa

*Obs. O clínico geral deve atender também como urgência, as doenças de boca e manifestações bucais de doenças gerais do bebê; citados no tópico manifestações bucais de doenças viróticas, bacterianas, fúngicas, carenciais e enfermidades mistas.*

### Protocolo de encaminhamento para especialista

O clínico geral, após avaliação e execução do plano de tratamento, não obtendo resolatividade nos casos de oclusopatia, deverá encaminhar ao especialista para realização de aparelhos ortopédicos ou ortodônticos, conforme suas indicações.

### Contra-referência

Deverão ser encaminhado os casos de ortodontia, cirurgias maiores e doenças viróticas ou bacterianas com complicações.

### Instrumental necessário

Instrumental	Classe	Siafísico	BEC
Aparelho Fotopolimerizador	6511	134609-1	
Alavanca - reta apical infantil	6514	5055-5	
Aplicador de Hidróxido de Cálcio	6514	5037-7	
Bandeja para instrumental - 30 x 12 cm	6514	28798-9	
Brunidor - 1	6514	162014-2	
Brunidor - 2	6514	162015-0	
Brunidor - 29	6514	5008-3	
Cabo para espelho	6514	5039-3	
Condensador de amálgama - Ward 1	6514	5023-7	
Condensador de amálgama - Ward 2	6514	5024-5	
Condensador de amálgama - Ward 3	6514	5025-3	
Escavador - nº 14	6514	4794-5	
Escavador - nº 17	6514	4792-9	
Escavador - nº 19	6514	28801-2	
Esculpidor - Frahm 2	6514	5046-6	
Esculpidor - Hollembach 3	6514	5044-0	
Esculpidor - Hollembach 3 S	6514	5045-8	
Esculpidor - Hollembach 3 SS	6514	161137-2	
Espátula - 1	6514	14079-1	
Espátula - 24	6514	4994-8	
Espelho bucal - nº 5 sem cabo	6514	14064-3	
Explorador - duplo nº3	6514	161138-0	
Explorador - duplo nº5	6514	5014-8	
Forceps - infantil nº 1	6514	5344-9	
Forceps - infantil nº 2	6514	14044-9	
Forceps - infantil nº 3	6514	14042-2	
Forceps - infantil nº314	6514	161522-0	
Forceps - infantil nº4	6514	161521-1	
Forceps - infantil nº6	6514	14040-6	
Pinça - clínica nº 317	6514	5027-0	
Porta agulha Mayo-Hegar - 14 cm	6521	23367-6	
Porta amálgama - infantil	6514	5032-6	
Porta matriz - Tofflemire	6514	5036-9	
Seringa para anestesia - com refluxo	6514	160799-5	S
Seringa para anestesia -sem refluxo	6514	5038-5	S
Sindesmótomo	6514	14487-8	
Tesoura - reta 14 cm	6514	35168-7	

### Material necessário

Material de consumo	Classe	Siafísico	BEC
Água oxigenada 10 V - 1 L	6541	11178-3	S
Agulha gengival descartável - curta G30	6513	5086-5	S
Agulha gengival descartável - longa G27	6513	5088-1	S
Algodão hidrófilo - rolete	6513	18456-0	S
Anestésico local injetável - sem vasoconstritor	6513	81498-9	S
Broca para uso odontológico - a.r., carb. nº 37	6513	5321-0	S
Broca para uso odontológico - a.r., carb. nº 4	6513	5318-0	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1019	6513	40322-9	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1034	6513	5329-5	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1035	6513	40315-6	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1093	6513	20604-3	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1093F	6513	38649-9	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1094	6513	5333-3	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1112	6513	20558-3	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1112F	6513	30788-2	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1190F	6513	30790-4	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 1343	6513	20650-4	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 2135F	6513	38651-0	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 3118F	6513	28358-4	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 3168F	6513	27378-3	S
Broca para uso odontológico - a.r., diam. nº 3195F	6513	27379-1	S
Broca para uso odontológico - c.a., aço, 12 lâm.-kit p/ag	6513	138790-1	S
Broca para uso odontológico - c.a., aço, esférica, nº 1	6513	59904-2	S
Broca para uso odontológico - c.a., aço, esférica, nº 2	6513	5314-7	S
Broca para uso odontológico - c.a., aço, esférica, nº 3	6513	59905-0	S
Broca para uso odontológico - c.a., aço, esférica, nº 4	6513	5315-5	S
Cimento de óxido de zinco e eugenol - tipo II	6513	5041-5	
Compressa de gaze hidrófila - 500 unidades	6526	141452-6	S
Compressa de gaze hidrófila - estéril - 5 uni	6526	90042-7	S
Cunha de madeira	6513	18682-1	S
Disco de lixa - poliuretano ½”e 3/8” - 240 uni	6513	27354-6	S
Gutapercha em bastão	6513	14036-8	S
Hidróxido de cálcio - pasta/pasta	6513	11319-0	S
Ionômero de vidro - fotopolimerizável p/ forramento	6513	11311-5	
Limalha de prata	6513	14021-0	
Matriz de aço - 5 mm	6513	11326-3	S
Matriz de aço - 7 mm	6513	11327-1	S
Pasta profilática	6513	4988-3	S
Placa de vidro - 10 mm	6513	40763-1	S
Placa de vidro - 6 mm	6513	11330-1	S

### Material necessário

<b>Material de consumo</b>	<b>Classe</b>	<b>Siafísico</b>	<b>BEC</b>
Ponta para sugador - descartável	6513	11324-7	S
Ponta para uso odontológico - silicone kit c/ 6	6513	40780-1	S
Ponta para uso odontológico - tipo enhance kit c/ 6	6513	52500-6	S
Pote dappen - plástico	6513	11322-0	S
Pote dappen - vidro	6513	30783-1	S
Resinas compostas - kit - micropartículas – fotopolim.	6513	18656-2	
Selante - fotopolimerizável	6513	18472-1	
Solução cariostática	6513	20408-0	S
Taça de borracha	6513	82761-4	S
Tira - poliéster	6513	11321-2	S
Tira de lixa - aço 4 mm	6513	40769-0	S
Tira de lixa - aço 6 mm	6513	40770-4	S
Tira de lixa - poliéster	6513	89142-8	S
Verniz - com flúor	6513	40833-6	S

## Bibliografia recomendada

1. Andrade ED. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Medicas; 1999.
2. Bonecker MJS, Guedes Pinto AC, Duarte DA. Abordagem odontopediátrica integral em clínica de bebês. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 1995; 49 (4): 307-310.
3. Bonecker MJS, Fonseca YPC, Duarte DA. Protocolo básico de orientação para exame clínico em bebês. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 1995; 53 (2):103-107
4. Carvalho GDSOS. *Respirador bucal: uma visão funcional e clínica da amamentação*. São Paulo: Louise; 2003
5. Dawson PE. *Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais*. São Paulo: Artes Médicas, 2ª ed.; 1993.
6. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria clínica*. São Paulo; Artes Médicas; 1998.
7. Issao M, Guedes Pinto AC. *Manual de Odontopediatria*. São Paulo Médicas; 1984.
8. Lentini DA. *Mordida cruzada funcional em crianças*. São Paulo. [Apostila do Curso Extensivo de Ortopedia Funcional dos Maxilares da Sociedade Paulista de Ortodontia].
9. Lentini DA. Mordidas cruzadas funcionais em crianças. *Rev Ortodontia* 1997; 30: 92-100.
10. McDonald R, Avery DR. *Odontopediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 1986.
11. Nahás MS. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos; 2001.
12. Planas P. *Rehabilitacion Neurooclusal(RNO)*. Barcelona: Masson-Salvat, 2ª ed.; 1994.
13. Rossi M. *Prevenção das oclusopatias*. São Paulo; 1999. [Monografia do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
14. Simões WA. *Ortopedia Funcional dos Maxilares*. São Paulo: Santos; 1985.
15. Viegas AR. *Odontologia sanitária - Aspectos preventivos da cárie dentária*. São Paulo; 1961. [Compilação das aulas proferidas no Curso de Especialização em Saúde Pública para cirurgiões dentistas - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
16. Tolara MCRN, Duarte DA, Bonecker MJS, Pinto VG. Estudo epidemiológico da prevalência da má oclusão em crianças de 5 a 35 meses de idade. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 2003; 57 (4): 267-73.
17. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.