

SAÚDE BUCAL NO TRATAMENTO COMPLETO DE FISSURAS

Recursos educacionais para profissionais da saúde oral



FOLHETO DO PARTICIPANTE

Conteúdo desenvolvido pela Equipe de Saúde Bucal no Tratamento Completo de Fissuras:
P. Mossey, Muthu MS, S. Yan, M. Campodonico, L.

Orenuga Editores administrativos: P. Sheeran e R.

England

Este recurso educativo foi produzido como parte de uma parceria entre a FDI World Dental Federation e a Smile Train, com o apoio da GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (GSK CH). Nenhum controle editorial, além de garantir a conformidade com considerações/requisitos legais e regulatórios, foi exercido pela GSK CH. O financiamento para o desenvolvimento deste recurso educativo foi fornecido pela GSK CH.



Apoiado por:



Índice

Saúde bucal no Tratamento Integral de Fissuras	4
Introdução	4
Finalidade e objetivo	4
Desfechos de aprendizagem	4
1º Dia	5
Colaboração interprofissional e tratamento de fissuras	5
Definição e causas das fissuras orofaciais	7
Prevenção de fissuras	9
Condições de saúde bucal comumente associadas a fissuras	11
Classificação LAHSAL	16
Identificação de manchas brancas, manchas marrons e cáries	17
2º Dia	21
Dentes faltantes, dentes extras, dentes impactados, microdontia e raízes com má formação	21
Perda prematura de dentes decíduos - as causas, as consequências e o manejo clínico	23
Princípios da odontologia minimamente invasiva	27
Manejando cuidados restauradores para melhorias estéticas	29
Acompanhamento e manutenção da saúde bucal de pessoas com fenda	30
Oferecendo educação em saúde bucal	34
3º Dia	35
Tratamento de cicatrizes em pessoas com fissura labiopalatina	35
Qualidade de vida e fissuras	37
Implementando o Protocolo de Qualidade e Segurança FDI/Smile Train Protocolo	40

Saúde Bucal no Tratamento Completo de Fissuras

Introdução

Fissuras labiopalatinas (fissuras) são os defeitos congênitos mais comuns da face e da boca. Elas ocorrem quando partes do lábio, do palato (ou de ambos) ou do nariz não se fundem durante o desenvolvimento embrionário. A condição pode estar associada a dentes faltantes ou extras e a má formação de dentes e estruturas faciais. Crianças que são submetidas à cirurgia de fissura labiopalatina geralmente apresentam risco aumentado de cáries, doença periodontal e outros problemas de saúde bucal e bem-estar à medida que crescem e se desenvolvem. Essas crianças precisam de atendimento odontológico regular para garantir monitoramento, educação, apoio e tratamento adequados para prevenir doenças bucais e alcançar a melhor qualidade de vida possível.

Finalidade e objetivo

O objetivo deste curso de três dias é melhorar a saúde bucal e o bem-estar a longo prazo de crianças que se submetem à cirurgia de fissura. Ele foi projetado para garantir que todos os membros da equipe de tratamento de fissuras estejam cientes da importância da saúde bucal e possam ter um papel ativo na prevenção de doenças bucais.

Resultados da aprendizagem

No final deste curso, os participantes:

- Estarão cientes da importância da saúde bucal.
- Saberão como prevenir e identificar doenças orais.
- Saberão quando fazer o encaminhamento.
- Esteja preparado para divulgar o que aprenderam em seus locais de trabalho.



DIA 1

COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL E TRATAMENTO DE FISSURAS

Objetivos de aprendizagem: Compreender a importância da colaboração interprofissional no cuidado de pessoas com fissura.

O que é colaboração interprofissional?

A colaboração interprofissional é definida como duas ou mais profissões de saúde trabalhando em conjunto com o envolvimento do paciente para garantir escolhas informadas e empoderadas. A tomada de decisão compartilhada melhora as relações profissionais e com o paciente, além de melhorar os desfechos de saúde

As profissões e profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pessoas com fissura.

- **Cirurgião craniofacial:** um cirurgião plástico com formação especializada no diagnóstico e tratamento de patologias do crânio, ossos faciais e tecidos moles que trabalhará em estreita colaboração com outros especialistas para coordenar um plano cirúrgico;
- **Pediatra:** médico especializado em cuidar de crianças que acompanha a criança à medida que ela cresce e ajuda a coordenar os vários especialistas envolvidos;
- **Ortodontista:** especialista em odontologia que cuida do desenvolvimento da face, maxilares e dentes e que avalia a posição e o alinhamento dos dentes das crianças e coordena um plano de tratamento com o cirurgião e outros especialistas;
- **Dentista pediátrico:** um especialista em odontologia que avalia e cuida dos dentes das crianças;
- **Higienista dental:** profissional de saúde bucal com habilidade na limpeza dos dentes e auxilia na prevenção de doenças bucais;
- **Fonoaudiólogo:** profissional que realiza uma avaliação abrangente da fala para avaliar as habilidades comunicativas e apoia e monitora de perto crianças com fissura;
- **Otorrinolaringologista:** um especialista em ouvido, nariz e garganta que trata as infecções de ouvido ou perda auditiva que podem ser efeitos colaterais da condição de fissura em uma criança;
- **Audiologista:** um profissional da audição que auxiliará na avaliação e no manejo das dificuldades auditivas;
- **Conselheiro genético:** profissional que auxilia no diagnóstico de doenças genéticas e aconselha as famílias quanto ao prognóstico de futuras gestações;
- **Coordenador da equipe de enfermagem:** um enfermeiro registrado com experiência em enfermagem pediátrica e que atua como *liaison* entre a família e a equipe de fissura.
- **Assistente social:** profissional que fornece orientação e aconselhamento para uma criança e sua família, bem como ajuda com recursos e referências da comunidade, ou seja, grupos de apoio.

A importância da colaboração interprofissional entre os profissionais de saúde bucal e a equipe mais ampla de tratamento de fissuras

Bebês que nascem com fissura possuem necessidades significativas de uma ampla gama de especialidades de saúde, e os cuidados que recebem depende de muitos fatores, incluindo distância da clínica, custo do tratamento e conhecimento e crenças dos pais. Pode haver um efeito adverso na qualidade de vida das crianças se elas não conseguirem acesso a toda a gama de serviços, especialmente fonoaudiologia e saúde oral.

É essencial, portanto, que todos os provedores de saúde se comuniquem de forma eficaz com a família, a criança e seus cuidadores e encaminhe para outros serviços para garantir que a criança esteja recebendo tratamento e apoio adequados.

Como os cuidados com a saúde bucal muitas vezes não estão disponíveis para crianças com fissura, é importante que toda a equipe de atendimento à fissura compreenda as doenças bucais e como evitá-las. A habilidade e confiança de todos os membros da equipe de fissura para 'levantar o lábio' e verificar a saúde da cavidade oral é um fator importante na manutenção da saúde e do bem-estar dos pacientes com fissura.



DEFINIÇÃO E AS CAUSAS DAS FISSURAS OROFACIAIS

Objetivos de aprendizagem: Compreender a definição e as causas da fissura.

Definição de fissura

As fissuras são as diferenças de nascimento mais comuns que afetam a estrutura da face e da cavidade oral. Fissuras ocorrem quando partes do lábio e/ou do palato e do nariz não se fundem durante o desenvolvimento embrionário.

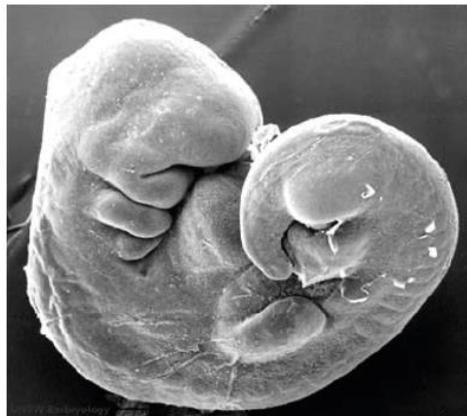
Elas podem ser divididas em três categorias gerais:

- (1) fissura labiopalatina isolada;
- (2) fissura labiopalatina unilateral ou bilateral, com ou sem fissura alveolar;
- (3) fissura labiopalatina unilateral ou bilateral.

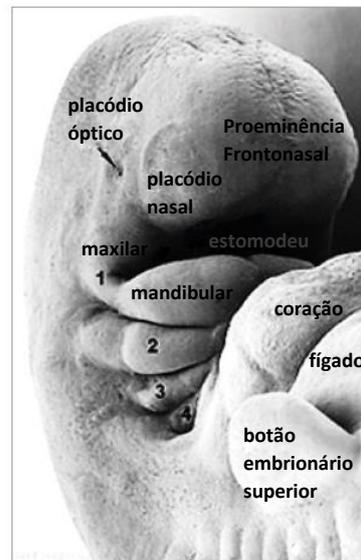
Todas são chamadas de fissuras orofaciais.

Como as fissuras se desenvolvem?

Na época da primeira ultrassonografia, na qual as estruturas faciais do feto já podem ser identificadas, a fissura labiopalatina já terá ocorrido. O desenvolvimento das estruturas e formas faciais ocorre no início da gestação do bebê, entre a quarta e a oitava semanas.

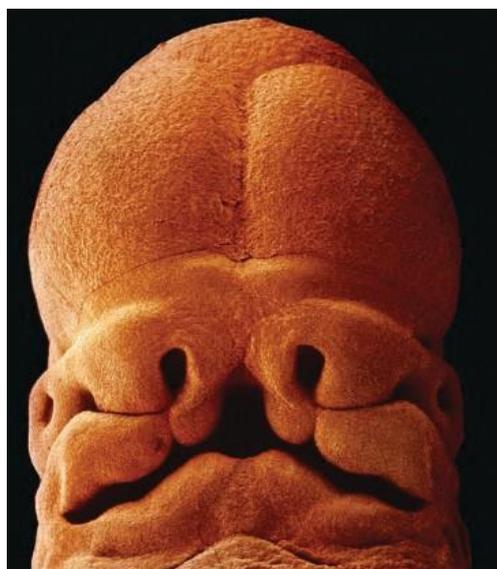


Acima: EMBRIÃO AOS 28 DIAS
Direita: EMBRIÃO AOS 32 DIAS

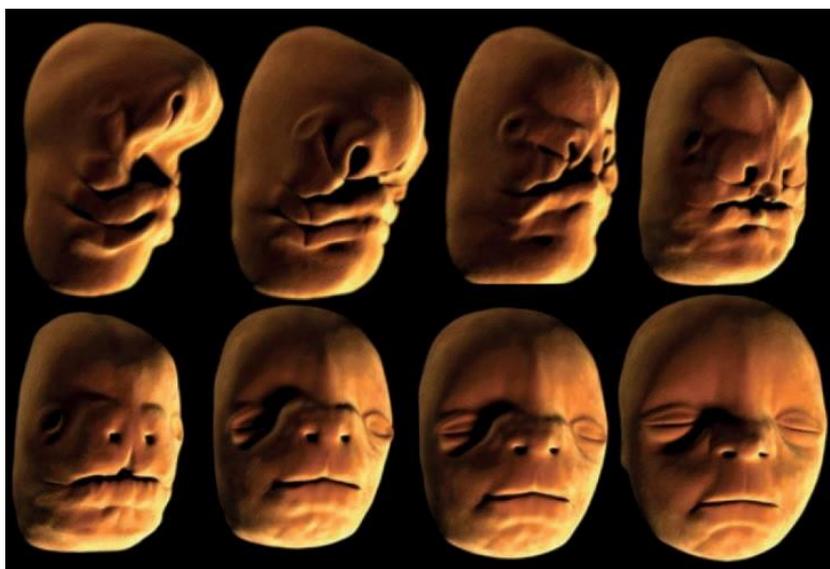


Durante a quarta semana de desenvolvimento, forma-se uma série de seis inchaços emparelhados, à direita e à esquerda, perto da extremidade craniana, ou cabeça, do feto. Eles são chamados de arcos branquiais. Os arcos branquiais desenvolvem-se em estruturas importantes na cabeça e no pescoço, bem como nas principais artérias do tórax. O primeiro arco branquial desenvolve estruturas chamadas proeminências maxilar e mandibular, que finalmente formam o esqueleto, a pele, os músculos e outras estruturas das mandíbulas superior e inferior, respectivamente o maxilar e a mandíbula. No centro da face superior, uma estrutura denominada proeminência frontonasal, separada dos arcos branquiais, forma as narinas e o buço, entre outras coisas. As proeminências maxilares mediais se fundem com a proeminência frontonasal durante este tempo. A falha desse processo resulta em fissura labiopalatina.

O palato também é formado pela fusão da proeminência frontonasal e das proeminências maxilares. Embora o palato pareça ser uma estrutura completa, ele consiste em um palato primário, atrás dos dentes da frente, e um palato secundário, que inclui a maioria do palato duro e mole. Eles são separados por um orifício no osso palatino denominado forame incisivo. Os dois lados do palato secundário começam a se fundir durante a oitava semana de desenvolvimento. A falha da fusão resulta em fissura labiopalatina.



EMBRIÃO AOS 49 DIAS



DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO DO ROSTO

Genética da fissura labiopalatina

Entre 30-50% das fissuras estão relacionadas a fatores genéticos. As condições de fissura podem ser categorizadas como síndrômicas ou não síndrômicas.

A causa de uma fissura síndrômica pode estar associada a mutação genética, aberrações cromossômicas, teratógenos ou fatores ambientais. A maioria das condições de fissura são não síndrômicas, o que significa que a fissura ocorre sozinha, sem outras condições associadas. Essas fissuras geralmente ocorrem quando há uma suscetibilidade genética ou fatores ambientais.

A fissura não síndrômica é mais comum em homens, com uma proporção homem-mulher de cerca de 2:1. As características genéticas da fissura palatina não síndrômica também estão de acordo com o modelo de limiar multifatorial (LMF), mas a incidência é menor e o risco de recorrência é diferente. Existem mais de 600 síndromes com fissura labiopalatina como característica associada, mas nem todas são hereditárias.

Epidemiologia da fissura labiopalatina

A nível global, as condições de fissura afetam aproximadamente 1 em 700 nascidos vivos.

A incidência varia amplamente dependendo da origem geográfica, grupo racial e étnico, exposições ambientais e status socioeconômico. As populações asiáticas e nativas americanas relataram taxas de prevalência de até um em 500. As populações da Europa e dos Estados Unidos têm, em média, uma prevalência de aproximadamente um em 1000, enquanto as populações africanas têm uma prevalência relatada próxima a um em 2500.

PREVENÇÃO DE FISSURA

Objetivos de aprendizagem: Entenda como prevenir fissuras.

Exame pré-natal e aconselhamento genético

Para famílias com histórico de fissura orofacial, deve-se realizar um exame pré-natal e aconselhamento genético. O diagnóstico de fissura no exame de ultrassom de rotina do pré-natal pode ajudar a preparar a família.

Nutrição materna e fissura labiopalatina

É um bom conselho de saúde pública recomendar que, antes da concepção e no início da gravidez, as mulheres tenham uma dieta saudável e variada e, se necessário, suplementos vitamínicos. Muitos estudos indicaram uma associação entre o uso materno de suplementos multivitamínicos no início da gravidez e a diminuição do risco de fissuras orofaciais.

Suplemento de ácido fólico

O ácido fólico é uma vitamina B que pode ter um efeito protetor contra certas condições de fissura quando tomado antes da concepção. Já é amplamente recomendado por seu papel na proteção contra defeitos congênitos neurais, como espinha bífida e anencefalia. Um suplemento diário tomado por todas as mulheres que planejam engravidar é a recomendação do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, endossado pela American Academy of Pediatrics (AAP). Um suplemento de 400 microgramas de ácido fólico diário reduz a incidência de defeitos do tubo neural em até 70%.

- Há incertezas em torno do papel de outras vitaminas na prevenção da fissura.

Medicação durante a gestação

Certos medicamentos demonstraram ter efeito sobre o desenvolvimento fetal; esses podem incluir:

- medicamentos anticâncer e anticonvulsivantes;
- anti-inflamatórios não esteroidais e analgésicos;
- antibióticos como oxitetraciclina, tetraciclina e amoxicilina;
- esteroides, como glicocorticoides ou cortisona.

O risco de uma criança nascer com fissura pode ser quase três vezes maior se a mãe tomar medicamentos durante o primeiro trimestre. Deve-se ter muito cuidado se a medicação for necessária nos primeiros estágios da gravidez e um médico deve ser consultado.

Álcool e tabaco

Fumar e beber no início da gravidez aumenta o risco de fissura.

O tabagismo passivo acarreta um risco semelhante, portanto os parceiros e outros contatos próximos de gestantes devem evitar ou reduzir o tabagismo. A contaminação e poluição ambientais também contribuem para o risco.

Prevenção de diabetes mellitus gestacional e obesidade materna

O diabetes mellitus gestacional pode aumentar o risco de fissura labial e palatina. As mães devem consultar um médico sobre seus hábitos alimentares.

- Para pacientes com diabetes mellitus antes da gravidez, a glicemia deve ser controlada e monitorada de perto pela equipe médica durante a gravidez.
- Para gestantes com diabetes mellitus gestacional, pressão arterial, glicemia, funções hepática e renal e a saúde fetal devem ser monitoradas de perto.
- Vários estudos também têm apontado a obesidade materna como um fator que aumenta o risco de ter um bebê com fissura.

Controle de estresse

- O estresse físico e/ou emocional pode estar envolvido na ocorrência de fissuras orais.
- Ansiedade, depressão e outros estados psicológicos negativos durante a gravidez podem afetar a ocorrência de fissura labiopalatina, por desequilíbrio hormonal.
- Uma atitude positiva durante a gestação é importante.

GRAVIDEZ E ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL



CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL COMUMENTE ASSOCIADAS À FISSURA

Objetivos de aprendizagem: Compreender as doenças e condições comumente associadas à fissura, como cárie e má oclusão.

A importância de dentes decíduos saudáveis

Os dentes decíduos são importantes para as crianças porque:

- Permitem que as crianças mastiguem e comam corretamente.
- Ajudam seu filho a falar mais claramente.
- Mantêm espaço para quando os dentes adultos eclodem.
- Orientam os dentes adultos no lugar.
- Ajudam a modelar o rosto da criança.
- Previnem cáries na primeira infância.
- Reduzem os custos odontológicos futuros ao mínimo.
- Eliminam a necessidade de tratamento ortodôntico mais tarde.
- Reduzem o risco de cárie nos dentes permanentes.

Exames odontológicos são importantes porque as crianças com condições de fissura se acostumaram com os cuidadores de confiança tocando o interior de sua boca.

Crianças com fissuras raramente escapam de complicações dentais. Isso pode ser atribuído a:

- boca seca causada por hábitos de respiração pela boca;
- limpeza menos natural dos dentes devido à morfologia;
- dieta ou hábitos alimentares variáveis;
- anomalias dentárias;
- aumento do consumo de medicamentos adoçados;
- tempo de depuração oral atrasado para alimentos.

Cáries na primeira infância

Cárie na primeira infância (CPI) é definida como a presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas, faltantes (devido à cárie) ou obturadas em qualquer dente decíduo. A CPI severa é caracterizada por um padrão distinto de cárie dentária em bebês e crianças pequenas, geralmente começando nos dentes anteriores maxilares e progredindo rapidamente para os outros dentes decíduos à medida que eclodem. A CPI pode começar a se desenvolver assim que os dentes irrompem na boca, aos 6 a 10 meses de idade, razão pela qual uma avaliação precoce da saúde bucal e tratamentos com verniz fluoretado são tão importantes.



Pedo Planet - Children Dental Centers, (Chennai, Nova Delhi), Índia.
Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe),
Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Índia

Higiene oral

Pacientes com fissura acham difícil manter uma boa higiene oral devido à má oclusão.

A cárie extensa e a perda dentária prematura afetam a função de mastigação, o desenvolvimento da mandíbula e a correção da má oclusão em pacientes com fissura. A conscientização sobre as medidas de higiene bucal infantil, em particular, está defasada entre a população, por exemplo, como limpar os dentes do bebê, quando começar a limpar os dentes do bebê, que produtos de higiene oral usar e escolha de pasta e escova de dentes.

Doença periodontal

Há dois tipos de doença periodontal: gengivite e periodontite. O estágio

inicial das doenças periodontais é a gengivite:

- A gengivite ocorre quando as gengivas ao redor dos dentes ficam vermelhas, inchadas e sangram quando escovadas; é reversível quando tratada rapidamente.
- O primeiro sinal pode ser sangue na escova de dentes ou após cuspir.
- Em muitos casos, as pessoas sofrem de halitose (mau hálito).



GENGIVITE

O estágio avançado da doença periodontal é a periodontite.

- A periodontite é observada principalmente em adultos. Com o avanço da doença periodontal, o biofilme da placa move-se abaixo da margem gengival e destrói as fibras periodontais e o osso que sustentam os dentes, fazendo com que os dentes se soltem.
- A prevenção da doença gengival é essencial, pois a periodontite é irreversível e pode causar a perda de dentes. Com tratamento adequado, pode ser interrompido.

Os dentes com envolvimento periodontal podem causar vários problemas, incluindo atuar como uma fonte de infecção local ou sistêmica, afetar a alimentação, a fala e a qualidade de vida em geral. Os dentes podem cair de suas bases e ser inalados ou ingeridos, levando a uma possível emergência médica, além de afetar a autoestima.

É fundamental prevenir e tratar doenças periodontais o mais cedo possível.



PERIODONTITE

As doenças periodontais são induzidas pela placa dental. Se não for removido, os minerais presentes na saliva calcificam-se, formando cálculos, que precisam ser removidos por um profissional de saúde oral. Se a placa dental se acumula, as bactérias patogênicas e as toxinas aumentam, fazendo com que o sistema imunológico do paciente inicie uma resposta inflamatória. A combinação de inflamação e produtos residuais bacterianos destroem as estruturas que seguram o dente no lugar.

Outros fatores de risco para doença periodontal

Além do biofilme oral, outros fatores de risco locais e sistêmicos aceleram a ocorrência de doenças periodontais.

Fatores locais são aqueles que influenciam diretamente no estado de saúde periodontal, incluindo higiene bucal precária, cálculo dental, fatores anatômicos, apinhamento e má oclusão dentária, oclusão traumática, dieta rica em carboidratos, uso de tabaco e impacto alimentar.

Fatores sistêmicos reduzem a resistência do corpo ou aumentam a sensibilidade corporal à placa dental, como a reação imunológica do paciente, diabetes mellitus, fatores hormonais, desnutrição, doenças hematológicas, estresse e fatores genéticos.

Como as doenças periodontais podem ser prevenidas?

- principalmente por meio de uma boa higiene bucal, especialmente com a remoção mecânica do biofilme, como escovação e limpeza interdental;
- check-up odontológico regular, limpeza profissional e raspagem;
- empoderar as pessoas a cuidar de sua saúde geral e bucal o mais cedo possível;
- promoção das mudanças comportamentais necessárias para prevenir essas condições.

Como remover a placa dental?

- a escovação eficaz e a limpeza interdental são as principais maneiras de remover a placa dental;
- tratamento profissional de saúde bucal, como profilaxia oral;
- a educação em saúde bucal é essencial para a higiene bucal adequada e a compreensão das doenças periodontais.



PLACA DENTAL

Má oclusão na fase infantil

Em pacientes com fissura labiopalatina completa, o lábio superior, o palato mole e o palato duro estão completamente rompidos e o equilíbrio muscular dentro e fora da cavidade oral do paciente é prejudicado. A força para frente recebida pela maxila é mais forte do que a força do músculo labial anterior, fazendo com que a maxila do paciente se desloque. O septo nasal e a cartilagem da columela nasal do paciente crescem mal.

Má oclusão na dentição decídua e fase de dentição mista

Devido ao impacto da cirurgia de reparo de fissura labiopalatina, o desenvolvimento ósseo maxilar dos pacientes costuma ser insuficiente. Em circunstâncias normais, a má oclusão de pacientes no período decíduo muitas vezes não é grave. Com o crescimento e desenvolvimento dos dentes, eles gradualmente demonstram má oclusão óbvia.

Más oclusões comuns incluem:

- mordida cruzada anterior;
- mordida cruzada posterior;
- hipodontia maxilar anterior ou dentes supranumerários;
- dentes frontais superiores desalinhados ou rotacionados;
- relação molar anormal.

Má oclusão na dentição permanente

Pesquisas mostram que após a correção de fissura labiopalatina, a prevalência de má oclusão é de 97%. Todos os pacientes com fissura labiopalatina completa apresentam má oclusão da dentição permanente.

Dentre as más oclusões associadas à fissura labiopalatina, as mais comuns são mordida cruzada e apinhamento dos dentes superiores. Em pacientes com fenda labiopalatina, os dentes próximos à fissura costumam aparecer deformados e faltantes, e mais longe da fissura pode haver dentes ausentes ou supranumerários. O desvio da linha média maxilar é comum em pacientes com fissura labiopalatina unilateral.

Anormalidade da eclosão e número de dentes

O tamanho e a posição anormais dos dentes costumam estar presentes em pacientes com fissura. Pacientes com fissura labiopalatina completa unilateral apresentam displasia e torção dos incisivos centrais superiores adjacentes à fissura. Em pacientes com fissura labiopalatina completa bilateral, os dois incisivos centrais superiores costumam apresentar displasia e torção. Outros recursos podem incluir:

- um atraso no tempo de eclosão dos dentes permanentes e uma sequência de eclosão anormal;
- hipodontia: a forma mais comum de perda de dentes é a ausência congênita do incisivo lateral afetado com a fissura labiopalatina maxilar;
- dentes supranumerários: dentes adicionais frequentemente aparecem perto das fissuras;
- anormalidade da estrutura dental: muitas vezes aparecem hipocalcificações e displasia do segundo pré-molar.

A forma e a simetria da arcada dentária

Após o reparo da fissura labiopalatina, a lacuna diminui gradativamente e o segmento maxilar é remodelado e aproximado sob a ação do músculo labial. Cerca de 50% dos pacientes com fissura labiopalatina completa unilateral e bilateral apresentam graus variados de assimetria da arcada dentária maxilar, e os pacientes com fissura labiopalatina simples não apresentam assimetria na arcada dentária maxilar.



MÁ OCLUSÃO E FALTA DE DENTES

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão a classificação LAHSAL e como aplicá-la..

Qual é a classificação LAHSAL para fissura labiopalatina?

LAHSAL é um método anatômico preciso de classificação de fissuras. É baseado em uma tabela de codificação que registra seis áreas da boca. Foi amplamente adotado porque é:

- simples para ser aceito;
- conciso para ser registrado com precisão;
- flexível, para contabilizar apresentações raras;
- exata, para facilitar a análise estatística;
- morfológica, para permitir avaliação visual;
- gráfico, para representar a fissura de forma clara.

O que as letras representam?

As letras representam o lábio (L), alvéolo (A), palato duro (H) e o palato mole (S). Como resultado, a lateralidade de cada área anatômica, além do palato mole, pode ser registrada. Como resultado, é possível registrar a lateralidade de cada área anatômica, além do palato mole.

E quanto a fissuras completas e incompletas?

A integridade da fissura também pode ser registrada: fissuras incompletas são representadas por letras minúsculas, enquanto letras maiúsculas representam uma fissura completa. Se não houver fissura, um traço _ é usado.

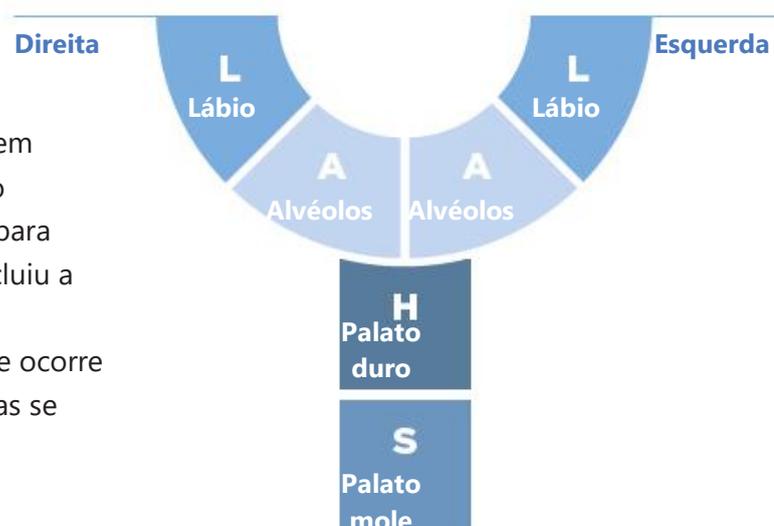
O registro de microformas, ou fissuras incompletas, é possibilitado pelo uso de um asterisco que substitui a letra da área anatômica em questão.

Quais são as vantagens de LAHSAL sobre outras classificações?

A principal vantagem da classificação LAHSAL é que ela permite a descrição precisa e concisa e o registro de todas as fissuras orofaciais não sindrômicas típicas. O grau de integridade, bem como a lateralidade e também microformas, ou banda Simonarts, uma ponte epitelial através da fissura, podem ser registrados. Isso não se aplica à maioria das outras classificações.

Qual é a diferença entre LAHSHAL e LAHSAL?

São sinônimos; LAHSHAL foi desenvolvido em 1989, mas posteriormente simplificado pelo Faculdade Real de Cirurgiões da Inglaterra para excluir o segundo "H". Isso, no entanto, excluiu a possibilidade de classificação das fissuras unilaterais do palato duro, característica que ocorre quando apenas uma das prateleiras palatinas se funde com o septo nasal.



IDENTIFICAÇÃO DE MANCHAS BRANCAS, MANCHAS MARRONS E CÁRIES

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão como identificar lesões de cárie precoces.

Cárie na Primeira Infância (CPI)

Foi demonstrado que crianças com fissura apresentam níveis mais elevados de cárie e, em particular Cárie na Primeira Infância (CPI). A CPI é diferente da cárie adulta porque causa destruição rápida dos tecidos duros e tem um conjunto diversificado de fatores de risco. A CPI é amplamente evitável, mas a condição está aumentando significativamente em todo o mundo. A CPI pode ter um efeito adverso significativo no desenvolvimento e bem-estar da criança.

Fatores de risco significativos para o desenvolvimento de CPI em crianças pequenas incluem o uso de mamadeira por longo prazo, especialmente a alimentação noturna, o uso de adoçantes cariogênicos e o consumo frequente de açúcares livres.

Etiologia da cárie

Para que a cárie dentária ocorra, é necessário que haja quatro fatores presentes:

- superfície do dente, que é composta por cristais de hidroxiapatita;
- bactérias da placa dental;
- carboidratos fermentáveis, como açúcar;
- tempo.

A placa dentária, também conhecida como biofilme, é uma camada macia e pegajosa que adere à superfície do dente. O biofilme é predominantemente composto por microrganismos orais juntamente com proteínas presentes na saliva.

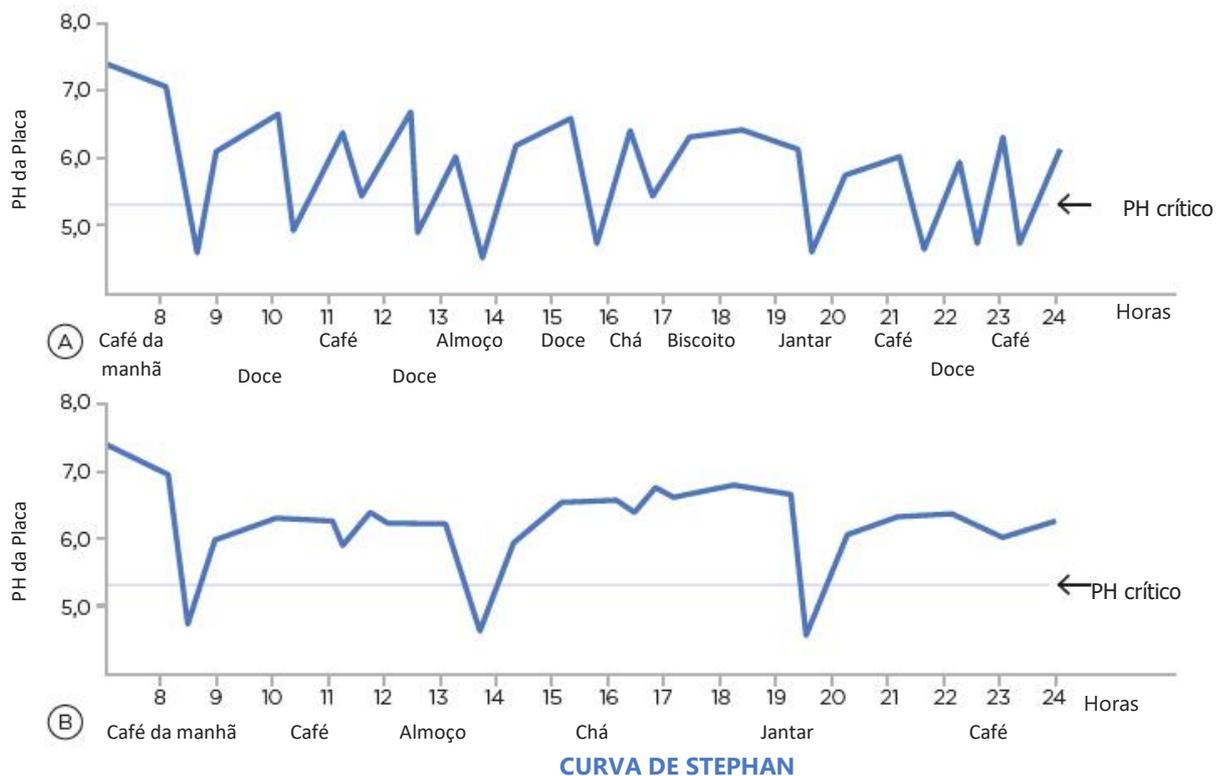
Uma fina camada de proteínas salivares é depositada na superfície do dente para formar a 'Película de Esmalte Adquirida'. Uma vez formada essa camada, bactérias, microrganismos orais, aderem a essa película, formando o biofilme.

É caracterizada por bactérias acidogênicas, como *Streptococcus Mutans*. Quando a criança consome açúcares livres, as bactérias metabolizam os carboidratos em produtos residuais ácidos, fazendo com que o pH da boca abaixe. Os minerais essenciais são lixiviados da estrutura do dente, levando à desmineralização.

Em um ambiente oral saudável, a produção de saliva remove esse ambiente ácido dentro de um período de aproximadamente 30-40 minutos, e a remineralização ocorre. Isso é demonstrado na Curva de Stephan. No entanto, se a criança tiver higiene oral abaixo do ideal e estiver consumindo açúcares livres com frequência ou carboidratos fermentáveis, a boca permanece em pH ácido, levando à cárie dentária.

Em seus estágios iniciais, a cárie geralmente é indolor; no entanto, à medida que a cárie avança, ocorrem dores e abscessos dentais, com impacto no bem-estar, no nível de escolaridade e na qualidade de vida da criança.

O papel do profissional de saúde bucal é essencial para o manejo da CPI e das doenças bucais ao longo da vida do paciente. Prevenção, detecção precoce e gerenciamento são fundamentais.



Manchas brancas/hipomineralização

Manchas brancas são áreas desmineralizadas na superfície do dente, onde uma quantidade significativa de minerais, como cálcio, foi perdida, geralmente devido a bactérias da placa e higiene oral abaixo do ideal.

Manchas brancas também podem ser causadas por:

- fluorose dentária: o resultado do consumo excessivo de flúor à medida que os dentes se desenvolvem, por exemplo, ingestão de pasta de dente quando criança, ou altos níveis de flúor natural no abastecimento de água;
- trauma dentário no folículo dentário, causando irregularidades na estrutura da hidroxiapatita;
- hipomineralização de molar incisivo: falta de desenvolvimento do esmalte durante a sua fase de maturação, que afeta os dentes molares e incisivos;
- descalcificação do esmalte após aparelho ortodôntico: higiene bucal inadequada ao redor do aparelho ortodôntico.

Os cristais de hidroxiapatita são fracos e vulneráveis à quebra. Se o ambiente oral for alterado de forma eficaz e rápida, a remineralização é possível. Manchas brancas podem ser identificadas secando as superfícies dos dentes e examinando-as. Creme dental com alto teor de flúor e medidas de higiene oral aprimoradas ajudam a proteger os dentes.



MANCHAS BRANCAS/DESMINERALIZAÇÃO CERVICAL

Manchas marrons

A descoloração na superfície do dente pode ser extrínseca - na estrutura dentária externa - ou intrínseca - dentro da estrutura dentária.

A descoloração extrínseca pode ser causada por bactérias cromogênicas, fatores dietéticos, como chá, café, frutas vermelhas, fumo ou até mesmo suplementos de ferro. Certos enxaguantes bucais podem causar descoloração, especialmente aqueles usados após cirurgia oral.

Manchas marrons na superfície também podem ser de cáries, é importante avaliá-las e diagnosticá-las corretamente.



MANCHAS CAUSADAS POR BACTÉRIAS CROMOGÊNICAS



CÁRIE MARROM E MANCHAS EXTRÍNSECAS

Pedo Planet - Children Dental Centers,
(Chennai, Nova Delhi), Índia.

Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe), Sri
Ramachandra Institute of Higher Education and
Research, Chennai, Índia

A descoloração intrínseca pode ser causada por:

- fluorose dentária;
- coloração com tetraciclina;
- cáries dentárias;
- cárie inativa - ocorre se a cárie dentária for iniciada, mas interrompida devido a hábitos alimentares aprimorados ou medidas de higiene oral aprimoradas;
- necrose pulpar;
- distúrbios do desenvolvimento, como amelogênese imperfeita e dentinogênese imperfeita.



FLUROSE DENTÁRIA



MANCHAS DE TETRACICLINA



NECROSE PULPAR



CÁRIES DENTÁRIAS



DIA 2

DENTES FALTANTES, DENTES EXTRAS, MICRODONTIA DE DENTES IMPACTADOS E MÁ FORMAÇÃO DE RAÍZES

Objetivos de aprendizagem: Compreender e identificar dentes faltantes, dentes extras, dentes impactados, microdontia e má formação de raízes.

Crianças com fissura geralmente têm dentes faltantes, extras ou com má formação, e isso pode ser um desafio para o profissional de saúde bucal (PSB) gerenciar de forma eficaz e ter um impacto negativo no desenvolvimento psicológico da criança à medida que se tornam mais sociais e começam a escola.

Dentes faltantes

Os dentes faltantes geralmente estão ausentes de forma congênita ao redor da região da fissura. Os dentes faltantes em outras regiões da boca, tanto na maxila quanto na mandíbula, também são possíveis; isso ocorre mais comumente na dentição permanente do que na dentição decídua.



DENTES FALTANTES E DENTE COM IMPACTO, COMO MOSTRADO EM OPG

Dentes extras

Dentes extras, também chamados de dentes supranumerários, são mais comumente vistos na região anterior do maxilar; isso ocorre com mais frequência na dentição permanente do que na dentição decídua.

Dentes impactados

Os dentes impactados estão totalmente formados e não eclodiram na cavidade oral. Os dentes impactados são frequentemente encontrados na região dos caninos maxilares e na região do terceiro molar na dentição permanente. Ocasionalmente, são encontrados na dentição decídua e mais comumente em relação a um odontoma ou dente extra.

Microdontia

Microdontia são dentes de tamanho menor, comumente observados dentro e ao redor da região da fissura.



MICRODONTIA E INCISOR LATERAL COM MÁ FORMAÇÃO

Raízes com má formação

Raízes com má formação são comumente observadas na região anterior maxilar; ocorrem muito frequentemente na maxila anterior de crianças com fissura labiopalatina bilateral.

Como as crianças podem ter vergonha de perder dentes, especialmente quando começam a escola, seria aceitável fornecer uma prótese parcial removível a partir dos seis anos de idade, e isso deve ser revisado regularmente à medida que a criança cresce para monitorar o ajuste. Devem ser dadas instruções ao paciente e cuidadores sobre a limpeza e cuidados com o aparelho. PSBs devem garantir que a criança e o cuidador estejam recebendo o nível apropriado de apoio e aconselhamento.



MÁ OCLUSÃO E FALTA DE DENTES

PERDA PREMATURA DOS DENTES DECÍDUOS - AS CAUSAS, AS CONSEQUÊNCIAS E O MANEJO CLÍNICO

Objetivos de aprendizagem: O participante compreenderá as consequências da perda prematura de dentes e como tratar isso clinicamente.

Os dentes decíduos são importantes para as crianças porque:

Foi demonstrado que crianças com fissura apresentam níveis mais elevados de cárie e, em particular Cárie na Primeira Infância (CPI). CPI é diferente da cárie adulta porque causa destruição rápida dos tecidos duros e tem um conjunto diversificado de fatores de risco. A CPI é amplamente evitável, mas a condição está aumentando significativamente em todo o mundo. A CPI pode ter um efeito adverso significativo no desenvolvimento e bem-estar da criança.

Fatores de risco significativos para o desenvolvimento de CPI em crianças pequenas incluem o uso de mamadeira por longo prazo, especialmente a alimentação noturna, o uso de adoçantes cariogênicos e o consumo frequente de açúcares livres.

Causas da perda prematura dos dentes decíduos

Os dentes decíduos podem ser perdidos precocemente como resultado de:

- anomalias de desenvolvimento;
- reabsorção prematura de raízes após trauma, mais comumente dentes anteriores;
- extrações por cárie dentária.

Trauma é a causa mais comum de perda prematura dos incisivos centrais maxilares decíduos. Se não houver espaçamento na região anterior ou diastema mediano na dentição decídua e os incisivos ou caninos decíduos forem traumatizados ou perdidos prematuramente, pode haver problemas com o surgimento do sucessor e/ou dentes permanentes adjacentes. Se os incisivos primários forem intruídos, podem causar deslocamento e dilaceração dos sucessores. Se forem avulsionados, o efeito será o surgimento retardado de seus sucessores.

A perda prematura de molares decíduos por extrações de dentes cariados ocorre duas vezes mais na mandíbula do que na maxila, podendo levar à migração de dentes adjacentes e à falta de espaço para seus sucessores. CPI severa devido a bebidas adoçadas, alimentação prolongada durante a noite e higiene oral deficiente afeta os incisivos e vários outros dentes. A reabsorção prematura das raízes dos incisivos primários e caninos costuma ser um sintoma de apinhamento.

Consequências

Os efeitos da perda prematura dos dentes decíduos são previsíveis e podem ser compensados por um planejamento cuidadoso. A perda pouco antes da eclosão de um sucessor tem um efeito acelerador. No entanto, se a perda ocorrer muito antes do surgimento do sucessor, a eclosão atrasada pode ser uma consequência. Nesses casos, a perda de dentes decíduos em idade precoce tem mais sequelas negativas do que a perda que ocorre mais tarde. Grande parte da migração dos dentes adjacentes ocorre nos primeiros seis meses após a perda prematura. O movimento de outros dentes, particularmente aqueles adjacentes ao espaço após a perda prematura dos dentes decíduos, depende de qual dente foi perdido, bem como da oclusão.

Essas migrações tendem a acontecer mais rapidamente e são maiores na maxila do que na mandíbula. Além disso, as migrações na maxila são limitadas principalmente ao movimento mesial e à rotação do primeiro molar permanente. Na mandíbula, os dentes distais ao espaço tendem a inclinar-se mesialmente, e aqueles mesiais ao dente perdido podem mover-se distalmente. Normalmente, a perda prematura de dentes decíduos em arcadas dentárias já espaçadas tem pouco ou nenhum efeito no desenvolvimento da dentição.

Com a eclosão de um incisivo permanente central maxilar, a raiz do incisivo primário lateral adjacente pode ser reabsorvida e a coroa pode se esfoliar, causando um deslocamento da linha média se ocorrer unilateralmente. Se um incisivo lateral primário for perdido prematuramente, pode haver uma perda da largura intercanina, pois o canino primário daquele lado não se deslocará distalmente e vestibularmente durante a eclosão do incisivo central permanente. Isto pode então levar ao deslocamento lingual (ou palatal) do incisivo lateral à medida que este eclode, devido à falta de espaço. Na mandíbula, a perda prematura de um incisivo primário também pode levar a uma leve retroclinação dos outros incisivos e uma diminuição da distância intercaninos.

Em alguns casos, a eclosão dos incisivos laterais permanentes maxilares pode causar reabsorção e levar à perda prematura dos caninos primários. Se isso acontecer unilateralmente, os incisivos migrarão nessa direção, tendo uma inclinação distal com um desvio da linha média como consequência, e quando o canino permanente maxilar irromper posteriormente, ele será deslocado vestibularmente. Se ambos os caninos primários forem perdidos prematuramente, os dois caninos permanentes ficarão fora da arcada dentária.

Incisivos

A perda prematura dos incisivos primários é mais comum na maxila do que na mandíbula. A perda de espaço geralmente é mínima, a menos que o dente ou os dentes sejam perdidos em uma idade muito jovem ou se houver apinhamento, mas se a criança ainda não desenvolveu sons lingual-dentais, a fala pode ser afetada e a incisão dos alimentos. Na maioria dos casos, a manutenção do espaço não é necessária, mas se vários dentes forem perdidos precocemente, um aparelho substituindo esses dentes pode ser oferecido por razões estéticas.

Caninos

Quando um canino é perdido prematuramente, geralmente é devido a um severo apinhamento na região dos incisivos com eclosão ectópica dos incisivos laterais permanentes, acelerando a reabsorção de uma ou ambas as raízes primárias dos caninos. Isso geralmente é acompanhado por um deslocamento dos incisivos em direção ao lado afetado e uma discrepância na linha média resultante. Isso pode ser compensado pela extração do canino contralateral, mas lembrando que isso pode resultar em inclinação lingual dos incisivos inferiores e diminuição da largura intercanina, com perda de espaço disponível na arcada. Se esta for uma preocupação, um aparelho de arco lingual inferior pode ser montado.

Primeiros Molares

Os primeiros molares primários são comumente perdidos por causa de cáries ou infecção - tanto unilateral quanto bilateralmente.

Tende a haver perda de espaço nos primeiros quatro a seis meses após a extração, com migração dos caninos primários e incisivos permanentes em direção ao espaço edêntulo em ambas as arcadas. Isso é exacerbado em arcos apinhados e não é uma preocupação quando há espaçamento. A manutenção do espaço pode ser introduzida e, para perda unilateral, um aparelho de banda e alça é melhor, ou para perda bilateral um arco lingual fixo anexado aos primeiros molares permanentes.

Segundos Molares

A perda dos segundos molares primários resulta em perda de espaço mais severa e maior na maxila do que na mandíbula. Os efeitos são piores quando a perda do dente ocorre antes da eclosão do primeiro molar permanente, e a manutenção do espaço deve sempre ser considerada. Se a perda do dente ocorrer após a eclosão do molar permanente, um aparelho fixo bilateral é o mais apropriado. Antes da eclosão do molar permanente, aparelhos fixos ou móveis na eclosão desses molares permanentes para distalizá-los são opções possíveis.

Tratamento da perda precoce de dentes decíduos

O tratamento adequado da perda precoce de dentes decíduos requer exames odontológicos regulares e intervenção precoce, o que, por sua vez, permite que uma relação forte seja construída entre o odontopediatra, os pais e a criança. Hábitos orais saudáveis podem ser estabelecidos em uma idade precoce e as cáries podem ser prevenidas ou diagnosticadas imediatamente.

A manutenção dos dentes decíduos é essencial para estabelecer o desenvolvimento e a oclusão normais do arco, e a perda prematura dos dentes decíduos é um fator de risco significativo para o comprometimento do desenvolvimento do arco. O comprimento reduzido do arco pode causar apinhamento, eclosão ectópica ou impactação dos dentes permanentes.

Rompimento da relação oclusal entre molares e caninos, eclosão excessiva de dentes opostos, alteração da sobremordida e sobressaliência e desvios da linha média requerem tratamento, seja interceptivo ou com aparelhos ortodônticos.

A perda precoce de dentes na dentição decídua tem consequências diferentes, dependendo de quais dentes são perdidos e do alinhamento e oclusão existentes da criança e, portanto, diferentes estratégias de manejo são adotadas.

Protocolo para manutenção de espaço

A manutenção do espaço deve ser considerada em pacientes que precisam de extração de dentes decíduos ou aqueles cujos segundos molares decíduos estão prestes a cair e apresentam apinhamento anterior. Isso pressupõe uma relação de incisivos de Classe I e uma boa higiene oral.

- Se a discrepância de espaço medida em um quadrante do arco inferior for de 2 mm ou menos, considere a manutenção do espaço. A razão para isso é que mais perda de espaço pode resultar em uma extração ou tratamento ortodôntico complexo para distalizar os molares. Se a discrepância de espaço medida for de 5 mm ou mais, considere a manutenção do espaço, pois qualquer perda de espaço adicional pode exigir mais de uma extração de unidade naquele quadrante.
- Se um paciente tiver entre 2 a 5 mm de discrepância de espaço, é provável que uma extração pré-molar seja necessária em qualquer caso e, portanto, a manutenção do espaço pode não ser justificada.
- A mesma consideração pode ser aplicada ao arco superior em casos de Classe I. No entanto, para casos de Classe II ou Classe III, outras considerações ortodônticas podem ser aplicadas e uma opinião ortodôntica deve ser solicitada.

Tipos de mantenedor de espaço:

Para perda bilateral, um arco lingual no arco inferior e transpalatino superior, ambos geralmente dos primeiros molares permanentes, são preferidos. Se a perda for unilateral, um aparelho de banda e alça é a opção preferida, também geralmente dos primeiros molares permanentes.



APARELHO TRANSPALATINO PARA PERDA DE DENTE BILATERAL



APARELHO DE ARCO LINGUAL PARA PERDA DE DENTE INFERIOR BILATERAL



**MANTENEDOR DE ESPAÇO DE BANDA E LAÇO
PARA PERDA DE DENTE UNILATERAL**



APARELHO TRI-HÉLICE



EXPANSOR PALATINO RÁPIDO

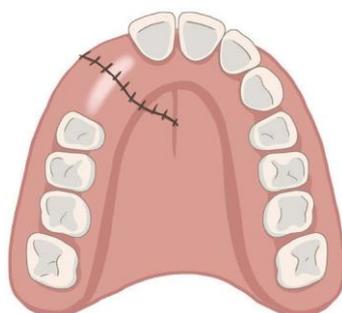
Enxerto ósseo alveolar

Cuidados Ortodônticos: Para uma criança com fissura completa do palato primário, um raio-X deve ser feito entre as idades de 6 - 7 anos, para determinar a necessidade de um enxerto ósseo alveolar (EOA) e o momento apropriado. Ortodontia pode ser necessária 6 - 9 meses antes do EOA para reposicionar os dentes superiores, particularmente aqueles que estão adjacentes à fissura. Um dispositivo expansor maxilar fixo ou móvel também pode ser necessário antes da cirurgia de EOA.

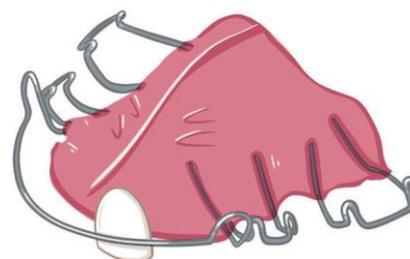
Enxerto Ósseo Alveolar (EOA): A cirurgia de EOA deve ser realizada em crianças com fissura palatina primária se houver osso insuficiente para eclosão e manutenção do incisivo lateral (se houver) e canino ao redor da fissura. Dependendo do padrão de eclosão do paciente, a gasometria arterial geralmente é realizada entre as idades de 7 - 9 anos, antes da eclosão desses dentes. O osso geralmente é retirado da crista íliaca (quadril) e colocado dentro da fissura e sob a base do nariz. Se uma expansão maxilar foi realizada antes do EOA, um aparelho fixo ou um retentor deve ser usado até que a cicatrização do EOA seja concluída. As radiografias devem ser postergadas até 4 - 6 meses após a cirurgia.



ENXERTO ÓSSEO PRÉ-ALVEOLAR



PÓS-ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR



**RETENTOR ORTODÔNTICO COM
MANTENEDOR DE ESPAÇO ANEXO**

PRINCÍPIOS DA ODONTOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA

Objetivos de aprendizagem: Garantir que os profissionais de saúde bucal sejam treinados para entender a odontologia minimamente invasiva.

Introdução à odontologia minimamente invasiva

A odontologia minimamente invasiva é uma filosofia que integra prevenção, remineralização e intervenção mínima para a colocação e substituição de restaurações. Odontologia minimamente invasiva significa tratamento usando a abordagem cirúrgica menos invasiva, com a remoção da quantidade mínima de tecido saudável.

Quando uma lesão precisa ser restaurada, a remoção da cárie com a máxima conservação da estrutura do dente saudável deve ser a prioridade. Como nossas restaurações "permanentes" raramente duram para sempre, precisamos minimizar o tamanho de qualquer restauração. Isso prevenirá ou limitará o ciclo de restauração que leva à fratura do dente, tratamento endodôntico e coroa e (ocasionalmente) fratura da raiz e extração do dente.

Procedimentos odontológicos minimamente invasivos

Os procedimentos mais comuns que podem ser chamados de minimamente invasivos em crianças são a aplicação de fluoreto de diamina de prata (SDF), técnica restauradora atraumática (TRA) e o uso de coroas de aço inoxidável para a inativação de cárie multifacetada em molares decíduos.

Aplicação de diamino fluoreto de prata (SDF)

Devem ser usados SDF 38%, se disponível, quando ocorrer cavitação. É mais eficaz quando aplicado semestralmente, mas as aplicações anuais podem ser suficientes. SDF é eficaz em cáries inativas e prevenir sua progressão para a polpa do dente. Isso pode ajudar a aumentar a longevidade da dentição decídua a longo prazo.



Pedo Planet - Children Dental Centers, (Chennai, Nova Delhi), Índia.
Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe),
Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Índia

Técnica restauradora atraumática (TRA)

Se a restauração de dentes decíduos for necessária, a TRA é uma técnica minimamente invasiva na qual a cárie é removida manualmente usando um escavador, por exemplo. Isso retém o máximo de substância dentária possível e visa prevenir a morte da polpa. Uma restauração adesiva, como cimento de ionômero de vidro, de preferência contendo flúor de liberação lenta, deve ser usada para a restauração.

Coroas de Hall

A técnica da coroa de Hall é a colocação de uma coroa de aço inoxidável pré-formada sobre um dente decíduo cariado usando um cimento de ionômero de vidro. Esta técnica não requer preparação, anestesia local ou remoção de cáries. Devido a isso, é especialmente útil no tratamento de crianças. Pode ser facilmente ensinada a um profissional de saúde bucal (PSB) e é amplamente praticada e aceita em todo o mundo.



COROAS DE HALL

Pedo Planet - Children Dental Centers, (Chennai, Nova Delhi), Índia.
Centre for Early Childhood Caries Research (CECCRe), Sri Ramachandra Institute of Higher Education and Research, Chennai, Índia

Objetivos de aprendizagem: Garantir que os PSOs compreendam as técnicas restauradoras que podem alcançar melhorias estéticas.

O que são matrizes de celulóide e coroas de zircônia?

As matrizes de celulóide são usadas para restaurar os dentes anteriores decíduos. A coroa de plástico contendo resina composta é colocada sobre o dente cariado e removida assim que a resina endurece. Esses são procedimentos de consulta única em uma criança cooperativa. Também é realizado em crianças muito pequenas (menos de 3 anos) para uma reabilitação bucal total sob anestesia geral.

As coroas de zircônia são novas restaurações estéticas para dentes primários anteriores e posteriores. Com boa adaptação do tecido às margens da coroa, fornecem restaurações estéticas para os dentes decíduos. O acúmulo de placa nessas superfícies altamente polidas é mínimo.

CASO 1



CASO 2



Cuidados restauradores para melhorias estéticas em adolescentes e adultos

Quase 50% dos pais de crianças pré-adolescentes com fissura orofacial indicaram que seus filhos expressaram preocupação com a aparência. Um estudo realizado na Índia comparou as respostas de jovens em duas categorias: um grupo com fissura pré-adolescente e um grupo com fissura adolescente. Usando um 'Questionário de Impacto Psicossocial da Estética Dental' (PIDAQ), os pesquisadores descobriram que o último teve uma pontuação mais negativa em termos de autoconfiança dentária e impacto social. Concluíram que as percepções da estética dos dentes anteriores são um fator crucial que influencia a autoconfiança psicológica, a confiança social e a necessidade de tratamento de pacientes com fissura e sem fissura. Isso se torna mais relevante à medida que o paciente amadurece em direção à adolescência e à idade adulta.

Para pacientes com fissura, a estética dentária pode ser influenciada pela hipodontia (comumente afetando os incisivos laterais superiores), dentes apinhados e irregulares, má oclusão de Classe III com mordida cruzada anterior ou cárie na primeira infância (CPI). Um procedimento ortodôntico interceptivo pode ser indicado tanto para a função quanto para a estética, particularmente se houver uma mordida traumática associada, e o tratamento restaurador para melhorar a estética se o paciente expressar preocupação.

Entre as idades de cinco e oito anos, as crianças começam a conseguir tomar decisões informadas sobre restaurações estéticas. Embora as restaurações de ionômero de vidro sejam frequentemente recomendadas por odontopediatras devido à sua liberação de flúor e propriedades cariostáticas, restaurações de resina composta e coroas de zircônia também são aceitáveis para melhorar a estética dos dentes decíduos anteriores.

ACOMPANHAMENTO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM FISSURA

Objetivos de aprendizagem: Os participantes devem compreender como seguir as Diretrizes de saúde bucal FDI/Smile Train em tratamento completo de fissuras e manter a saúde bucal de pacientes em todas as idades

Intervenções específicas para pacientes com fissura

Intervenções específicas para a faixa etária de até dois anos:

- Trabalhar com os cuidadores para entender as necessidades de saúde bucal de um paciente com fissura.
- Demonstrar limpeza bucal após cada refeição e escovação suave dos dentes quando a dentição decídua eclode.
- O uso de algodão úmido ou gaze ou lenços umedecidos descartáveis para bebês após cada refeição ou alimentação é de suma importância na prevenção de cáries na primeira infância.



- Beber um gole d'água após cada refeição ou amamentação pode ser benéfico para lavar os restos de comida ou de leite.
- Explicar a etiologia das doenças dentárias e o papel do cuidador na prevenção.
- O exame de um dentista ou odontopediatra, quando disponível, é obrigatório assim que o primeiro dente decíduo eclodir na boca.



- Fornecer instruções sobre os cuidados e limpeza adequados do obturador e do aparelho para manter uma boa higiene oral
- Após a cirurgia labial, que pode ocorrer nos primeiros três meses de vida, os cuidadores devem ser informados sobre o manejo da cicatriz. Isso pode ser feito depois que a ferida estiver completamente curada e as suturas forem removidas. Instruir os pais ou cuidadores a massagear desde a extremidade da columela até a área vermelha, com um movimento descendente durante 8-10 minutos, três vezes ao dia.
- Explicar aos cuidadores a importância de desestimular a sucção no dedo e o uso de chupeta. Esses hábitos prejudiciais podem ter um impacto negativo no rosto e no desenvolvimento e crescimento oral do bebê, bem como problemas de alinhamento dentário e má oclusão. A identificação precoce de lesões de manchas brancas e marrons e o tratamento com odontologia minimamente invasiva são essenciais.

Intervenções específicas para pacientes com fissuras com idade entre dois e seis anos:

- Trabalhar com cuidadores para entender as necessidades de saúde bucal de um paciente com fissura, demonstrando limpeza bucal após cada amamentação e escovação suave conforme a dentição decídua eclode. Explicar a etiologia das doenças dentárias e o papel do cuidador na prevenção.
- Fornecer instruções sobre os cuidados e limpeza adequados do obturador e do aparelho para manter uma boa higiene oral
- O tratamento da cicatriz pode ser realizado quando o local da cirurgia estiver totalmente cicatrizado. Instruir os pais ou cuidadores a massagear desde a extremidade da columela até a área vermelha, com um movimento descendente durante 8-10 minutos, três vezes ao dia.
- Explicar aos cuidadores a importância de desestimular a sucção no dedo e o uso de chupeta. Esses hábitos prejudiciais podem ter um impacto negativo no rosto e no desenvolvimento e crescimento oral do bebê, bem como problemas de alinhamento dentário e má oclusão.
- A identificação precoce de lesões de manchas brancas e marrons e o tratamento com odontologia minimamente invasiva são essenciais.



Intervenções específicas para pacientes com fissura com idade entre 6-12 anos:

- Na dentição mista, os dentes decíduos e permanentes estão presentes na boca ao mesmo tempo. Várias intervenções odontológicas começam nesta fase. Como a estrutura óssea está crescendo rapidamente e os dentes permanentes estão em eclosão, alguns pacientes podem precisar de ortodontia interceptiva para evitar má oclusão severa e criar melhores condições para o crescimento facial e função oral.
- Os cuidados com a saúde bucal e os exames dentais de rotina são muito importantes nesta fase. Deve ser realizado um exame bucal periódico completo com radiografias dentárias, profilaxia dentária e tratamento com flúor. Avaliação contínua da higiene dental e doença periodontal deve ser fornecida. O risco de desenvolver cáries e inflamação gengival aumenta com a colocação de aparelhos ortodônticos. Selantes de fissuras devem ser colocados conforme a eclosão da dentição permanente.
- Aconselhar pais e cuidadores a visitarem o dentista a cada seis meses para exame periodontal e monitoramento da eclosão da dentição permanente de seus filhos.

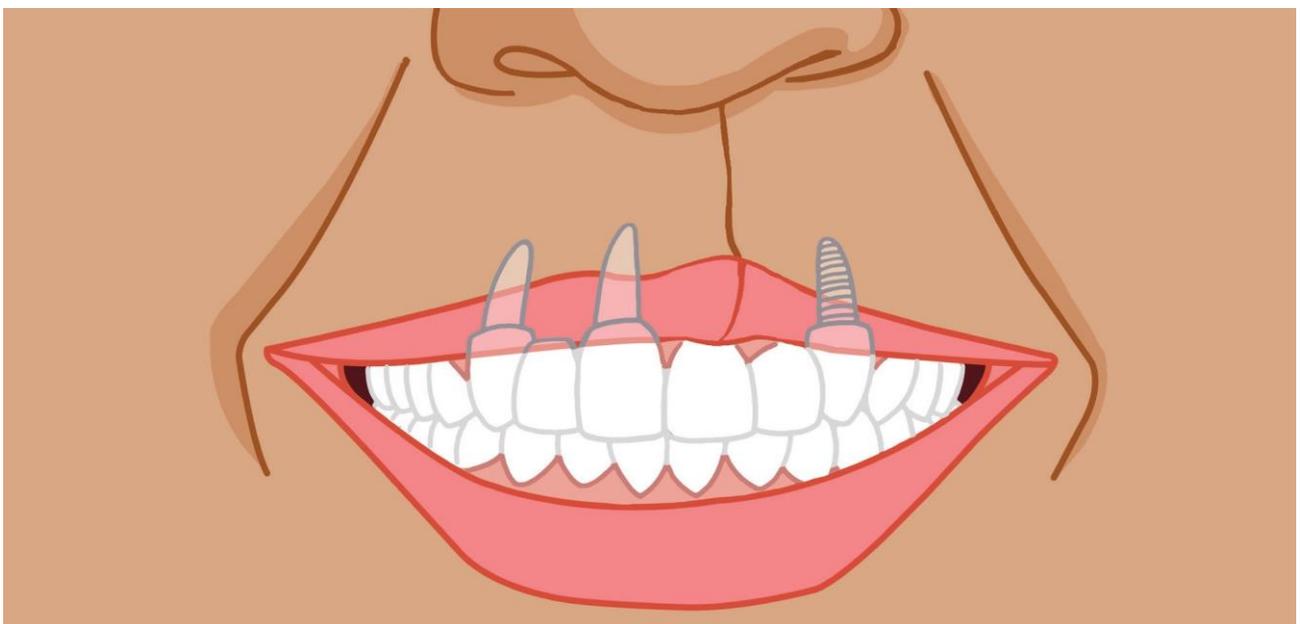
Intervenções específicas para pacientes com fissuras de 12 a 18 anos de idade:

- Bons cuidados com a saúde bucal são essenciais durante esta fase. Deve ser realizado um exame bucal completo com radiografias dentárias, profilaxia dentária e tratamento com flúor em intervalos regulares. Avaliação contínua da higiene dental e doenças periodontais deve ser fornecida.
- Devem ser fornecidas instruções específicas de higiene oral para pacientes ortodônticos.
- O aconselhamento relacionado à idade adaptado ao paciente é essencial, por exemplo, reduzir refrigerantes e não comer lanches na escola.



Intervenções específicas para pacientes com fissuras acima de 18 anos:

- Bons cuidados com a saúde oral e conselhos relacionados à idade adaptados ao paciente são essenciais, por exemplo, cuidados com implantes ou próteses. Avaliação contínua da higiene dental e doença periodontal deve ser fornecida.
- Fornecer informações e ferramentas para parar de fumar e reduzir o consumo de álcool, se necessário. Instruir os pacientes sobre a prevenção de lesões e o uso de protetores bucais ajustados durante a prática de esportes.



Instruções de cuidados para o obturador/aparelho

As crianças nos grupos de 0-2 e 2-6 anos provavelmente usarão um aparelho ortopédico palatino maxilar, ou obturador, para cobrir a fissura labiopalatina e conseguirem comer e falar adequadamente. Esses aparelhos devem ser limpos duas vezes ao dia, todos os dias. Nas primeiras 48 horas após a instalação do aparelho, ele deve ser removido e limpo após cada refeição. Os pontos importantes a serem lembrados são:

- Após a remoção do aparelho oral maxilar, limpe-o com uma escova e água fervida resfriada para remover qualquer película ou detrito que tenha se formado para evitar o crescimento de microorganismos. A área sob a narina achatada deve ser limpa com uma haste flexível com ponta de algodão úmido.
- Consultar o profissional de saúde bucal responsável pelo tratamento se o aparelho estiver produzindo qualquer ulceração ou sangramento. Nesse caso, ele precisa ser ajustado. Aconselhar o uso de parafina branca macia nos lábios e tecidos moles quando necessário e na hora da alimentação.
- Os aparelhos obturadores devem ser inseridos com cuidado pelo cuidador: ligeiramente para o lado para fissura unilateral e reto para fissura bilateral.



Objetivos de aprendizagem: Participantes devem compreender como oferecer educação em saúde bucal e usar um estilo de entrevista motivacional.

Oferecendo educação em saúde bucal

Pode ser frustrante oferecer aos pacientes e cuidadores várias mensagens de saúde bucal em cada consulta apenas para descobrir que o comportamento adverso à saúde bucal não mudou. É importante criar um ambiente onde o paciente e o cuidador se sintam amparados e não julgados, criar um diálogo aberto e ouvir ativamente os desafios que estão enfrentando com sua saúde bucal.

Coaching de saúde/entrevista motivacional

Esta abordagem à mudança de comportamento é conhecida como coaching de saúde ou entrevista motivacional e faz parte da Declaração de Genebra de 2015 sobre Cuidados de Saúde Primários Centrados na Pessoa. Trata-se de uma abordagem centrada na pessoa eficaz que facilita, motiva e capacita os indivíduos a se tornarem autoconscientes e a identificar barreiras e facilitadores para comportamentos mais saudáveis. Os indivíduos são incentivados a tomar decisões eficazes para mudar seu estilo de vida ou adotar mudanças em seu ambiente, e a adotar ações sustentáveis no caminho adiante. Concentra-se no empoderamento e no envolvimento ativo dos indivíduos no processo de tomada de decisão para sua própria saúde.

Siga as quatro etapas para melhorar os comportamentos de saúde bucal por meio de entrevistas motivacionais:

1. **Envolvente:** o primeiro passo é construir confiança com o paciente. Peça permissão para discutir a saúde bucal deles e para fazer perguntas e informá-los sobre o que vocês discutirão. Isso pode incluir quaisquer preocupações que possam ter com sua saúde bucal.
2. **Focando:** é uma forma de orientar o paciente em direção à mudança de comportamento. Ajude-os a focar no que querem mudar. Isso pode ser uma discussão sobre o açúcar em sua dieta ou sua técnica de escovação. Por exemplo, depois de observar lesões de manchas brancas ao redor das margens cervicais, discuta os achados com o paciente e pergunte: "Devemos discutir maneiras de prevenir mais cáries dentárias?" Isso chamará a atenção para o fato de que eles, os pacientes, estão tomando essa decisão.
3. **Evocação:** promove as razões próprias dos pacientes para mudar. Pergunte o que sabem sobre cáries. Qual é a percepção deles sobre a cárie dentária? Ofereça a eles mais informações sobre o que você vê clinicamente. Deixe-os chegar à conclusão de que uma mudança precisa ser feita. Deixe que sejam eles a declarar que a mudança é necessária e, em seguida, planeje fazer essa mudança com eles.
4. **Planejamento:** finalmente, pergunte ao paciente o que ele pode fazer para essa mudança e ofereça ajuda para ajudá-lo a fazer essa mudança. Ajude-os a identificar um momento em sua rotina para implementar um novo comportamento de escovação dental ou como substituir lanches doces por alternativas saudáveis.

Coaching de saúde culturalmente apropriado

Existem mitos sobre os dentes que todos os profissionais de saúde bucal já ouviram: "O bebê tirou os minerais dos meus dentes enquanto eu estava grávida" é algo comum. É fácil ignorá-los, mas é importante lembrar que esses mitos podem ter fortes crenças familiares ou culturais por trás.

Tente apresentar os fatos com a maior sensibilidade possível e incentive uma mudança positiva de comportamento.

DIA 3

MANEJO DE CICATRIZES EM PESSOAS COM FISSURA LABIOPALATINA

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão o impacto da cicatriz em pacientes com fissura, quais fatores influenciam a formação de cicatrizes e o manejo diário de uma cicatriz após a cirurgia.

Cicatrizes em pacientes com fissura labiopalatina

A cicatrização do reparo de fissura labiopalatina resulta em desfechos fibróticos tanto para o lábio quanto para o palato. Cicatrizes nessa situação podem ter uma série de consequências estéticas e funcionais. Cicatrizes hipertróficas podem ser comuns após o reparo da fissura labiopalatina.

Cicatrizes de reparo de fissura labiopalatina podem causar assimetria labial, pois a cicatriz se contrai causando um lábio encurtado e deformidade nasal no lado afetado. Essa cicatriz pode exigir uma revisão cirúrgica adicional para restaurar a estética e a função normais, o que causa estresse psicológico, risco associado a cirurgias adicionais e exposição à anestesia, e aumento significativo do custo do tratamento.

Fatores que influenciam a formação de cicatrizes

- A profundidade da lesão, o grau de destruição tecidual e a introdução de patógenos: para que a cicatriz ocorra, a lesão deve envolver a derme, e as formas patológicas de cicatrização de feridas são mais prováveis de ocorrer se a lesão envolver um terço inferior da derme ou associado à infecção.
- A localização da ferida afetando as variações das forças mecânicas através da pele em diferentes locais anatômicos, tais como: no rosto, as linhas de tensão surgem das interações entre a pele e os músculos subjacentes da expressão facial; feridas que cruzam uma linha de tensão vivenciam maior força perpendicular e devem responder com maior deposição de colágeno para manter a pele unida, resultando em uma cicatriz maior.
- Dados demográficos dos pacientes: observou-se que indivíduos de pele mais escura e mais jovens apresentam maior risco de cicatrização patológica, com cicatrizes hipertróficas e queloides, embora os mecanismos causais que explicam esses riscos não sejam bem conhecidos.

Queloides e cicatrizes hipertróficas

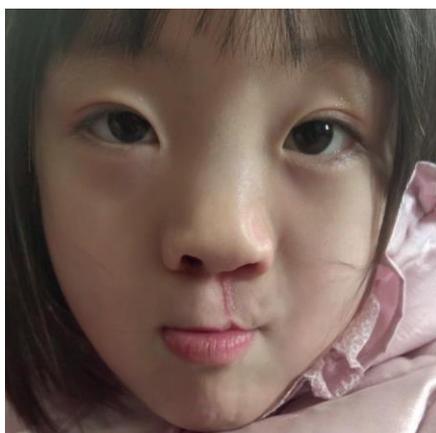
Na pele, cicatrizes patológicas como cicatrizes hipertróficas e queloides podem ser feias, doloridas e coçarem. Por definição, os dois tipos de cicatriz ficam acima do nível da pele e são o resultado de feridas com fibrose excessiva. Embora as cicatrizes hipertróficas não se estendam além do local inicial da lesão, queloides normalmente se projetam além das margens da ferida original.

A diferenciação clínica entre cicatrizes hipertróficas e queloides pode ser problemática. Uma única lesão pode produzir regiões de cicatrizes normais e anormais que regridem ou progridem com o tempo. A identificação incorreta do tipo de cicatriz pode resultar no manejo inadequado da formação da cicatriz patológica e, ocasionalmente, contribuir para a tomada de decisão inadequada relacionada à cirurgia eletiva ou estética.

Infelizmente, essas cirurgias representam uma segunda lesão que pode ter cicatrizações patológicas repetidas em alguns indivíduos.



CICATRIZAÇÃO COM QUELOIDE



CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA



CICATRIZAÇÃO NORMAL

Cuidados pós-operatórios e manejo de cicatrizes

Os primeiros três meses após a cirurgia são o momento em que a remodelação atinge seu pico durante o processo normal de cicatrização de uma ferida. Embora as incisões operatórias projetadas e executadas mais adequadamente continuem a cicatrizar sem impedimentos significativos, as incisões destinadas à resposta hipertrofica começarão a se revelar durante este período. Portanto, um exame clínico mensal da cicatriz é razoável.

Os pacientes devem ser incentivados a continuar tratando a ferida com esparadrapo (camada tripla, uma sobre a outra). Além disso, cada paciente deve ser aconselhado a retornar à clínica antes da consulta clínica marcada se a ferida estiver começando a parecer "carnuda" ou "incômoda", por exemplo, se começar a subir acima do nível da pele ou coçar consideravelmente. Durante esse período, a cicatriz pode sofrer resposta hipertrofica, leve ou severa.

Terapias atuais para cicatrizes

Muitas abordagens terapêuticas diferentes foram desenvolvidas para minimizar a aparência e o impacto funcional das cicatrizes. As terapias administradas no momento do ferimento incluem curativos, fitas e folhas de silicone projetadas para reduzir a tensão na ferida e nas linhas de sutura. Além disso, se houver um aumento do tecido acima do nível normal da pele, a terapia de compressão é recomendada. Isso reduz a vascularização da cicatriz e ajuda a controlar a hipertrofia.

É de fundamental importância não esquecer que além da hipertrofia da cicatriz, devemos cuidar do grau de retração. Sugere-se que a cicatriz seja massageada regularmente desde a columela até a borda vermelha, três a cinco vezes por dia. A frequência deve diminuir à medida que a cicatriz ganha flexibilidade.



QUALIDADE DE VIDA E FISSURAS

Objetivos de aprendizagem: Participantes entenderão o impacto da fissura na qualidade de vida, bem como nos fatores econômicos

Definição de qualidade de vida:

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores na qual vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e sua relação com características salientes de seu ambiente.

O que a torna desafiadora para medir é que, embora o termo 'qualidade de vida' seja amplamente compreendido, indivíduos e grupos podem defini-lo de maneiras diferentes. Embora a saúde seja um dos domínios importantes da qualidade de vida geral, existem outros domínios - por exemplo, empregos, moradia, escolas, vizinhança. Aspectos de cultura, valores e espiritualidade também são domínios-chave da qualidade de vida geral que aumentam a complexidade de sua medição.

Definição de saúde

A saúde é definida pela OMS como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Uma saúde melhor é fundamental para a felicidade e o bem-estar humanos, enquanto uma saúde precária tem efeitos prejudiciais tanto no nível individual quanto na sociedade.

Como as populações saudáveis vivem mais, são mais produtivas e economizam mais, boa saúde também é uma contribuição importante para o progresso econômico. Muitos fatores influenciam o estado de saúde e a capacidade de um país de fornecer um serviço de saúde de boa qualidade para sua população.

Existem cinco aspectos principais da saúde pessoal: físico, emocional, social, espiritual e intelectual.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são o diagrama das Nações Unidas para um futuro melhor e mais sustentável para todos. Eles abordam os desafios globais que enfrentamos, incluindo pobreza, desigualdade, mudança climática, degradação ambiental, paz e justiça. Um de seus objetivos é garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

O trabalho do UNICEF, o fundo das Nações Unidas para a infância, está estruturado em torno de cinco áreas abrangentes de bem-estar para todas as crianças, baseadas na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Essas cinco áreas são:

- toda criança sobrevive e prospera;
- toda criança aprende;
- toda criança é protegida da violência e da exploração;
- toda criança vive em um ambiente seguro e limpo;
- toda criança tem uma chance justa na vida.

Esta abordagem baseada nos direitos humanos busca uma visão de realização dos direitos de todas as crianças, especialmente das mais desfavorecidas e responde ao apelo de "nenhuma criança deixada para trás", para que os direitos de todas as crianças, em todos os lugares, sejam atendidos.

Saúde bucal

A FDI World Dental Federation define saúde bucal como:

A saúde bucal é multifacetada e inclui a habilidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma gama de emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial.

As doenças orais são as doenças crônicas mais comuns e são importantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência, ao seu impacto nos indivíduos e na sociedade e aos custos com seu tratamento.

O Estudo Global da Carga de Doenças Orais de 2013 estimou que as doenças orais afetam 3,5 bilhões de pessoas em todo o mundo, com a cárie dentária não tratada entre as doenças não transmissíveis (DNT) mais prevalentes. Um estudo subsequente examinou o custo global. A maioria das doenças e condições orais compartilham fatores de risco modificáveis com as quatro DNTs mais significativas, incluindo doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Esses fatores de risco incluem o uso de tabaco, consumo de álcool e dietas pouco saudáveis com alto teor de açúcares livres. Todos estão crescendo a nível global.

Custos do tratamento cirúrgico da fissura

Um estudo de Galloway et al. (2017) estimaram o custo comparativo do tratamento da fissura incorporando intervenção cirúrgica, terapia fonoaudiológica (TF), ortodontia e cirurgia ortognática.

Em países de alta renda, onde a provisão estatal ou seguro saúde estatal é a fonte mais comum de financiamento, o custo direto total médio do tratamento da fissura é de USD 10.000 a USD 13.000, enquanto em ambientes de baixa renda, onde pacientes e organizações de caridade financiam o tratamento, o custo é de USD 3.000 a 5.000. Mais pesquisas e dados mais completos são necessários para estudar as diferenças de custo para que os pacientes e suas famílias tenham uma compreensão das implicações financeiras da fissura ao longo da vida, onde os custos não são cobertos pelo estado ou pelo plano de saúde.

Fatores de risco

O diferencial no estado de saúde bucal é multifatorial, variando de fatores sociais, ambientais, biológicos, comportamentais e culturais a fatores econômicos e políticos. Acesso limitado a serviços de saúde bucal, sistemas complicados de saúde bucal, falta de material informativo sobre saúde bucal e aprendizado em saúde bucal também desempenham um papel.

Essas diferenças surgem em decorrência de fatores em grande parte fora do controle dos grupos populacionais, como acesso a serviços odontológicos e exposição diferenciada a aspectos não saudáveis de ambientes sociais. Um fator comum subjacente a essas desigualdades é a hierarquia social. A posição socioeconômica influencia a exposição e a resposta a praticamente todos os fatores de risco ambientais, comportamentais e psicossociais. Quanto mais íngreme a hierarquia social, maior a magnitude das desigualdades em saúde.

A principal prioridade das intervenções de saúde bucal deve ser colaborativa, possibilitando políticas sustentadas por pesquisas que abordem os principais determinantes das doenças orais e os fatores de risco modificáveis e compartilhados descritos acima.

Um estudo entre adultos de 18 a 64 anos relatou que previdência social e seguro saúde, baixos níveis de alfabetização, autocuidado odontológico ou sua ausência e outros aspectos comportamentais, como alto consumo de tabaco, foram os principais fatores de risco para doenças periodontais e outras doenças bucais entre grupos de status socioeconômico equivalente.

Saúde pública e fissuras orofaciais

As fissuras orofaciais são um grande desafio para a saúde pública. Crianças com fissuras raramente escapam de complicações dentais. A correção cirúrgica de suas fissuras, além das preocupações médicas comuns às crianças com fissuras, são o foco principal de seus cuidados. Como resultado, eles tendem a ter mais dentes cariados e faltantes, além de pior saúde bucal em comparação com seus pares.

Essas diferenças podem ser atribuídas a:

- boca seca causada por hábitos de respiração pela boca;
- limpeza menos natural dos dentes devido à morfologia;
- dieta ou hábitos alimentares variáveis;
- anomalias dentárias;
- aumento do consumo de medicamentos adoçados;
- tempo de depuração oral atrasado para alimentos.

Todos os itens acima contribuem para a presença de mais bactérias causadoras de cárie na cavidade oral de crianças com fissura. Os pais e cuidadores geralmente estão tão preocupados com outros aspectos dos cuidados com a saúde de seus filhos, como cirurgia, nutrição, saúde mental e desenvolvimento da fala, que prestam pouca atenção aos cuidados odontológicos preventivos básicos. Todos esses fatores colocam a criança em maior risco de desenvolver CPI. À medida que se desenvolvem, a maior prevalência de má higiene oral em crianças com fissura pode estar associada:

- (a) à presença de tecido cicatricial residual em decorrência dos múltiplos procedimentos cirúrgicos realizados na região da fissura, o que dificulta a higienização dental;
- (b) ao desinteresse pela higiene oral devido a muitos outros problemas de saúde como otite média, dificuldade de fala;
- (c) à ansiedade que as crianças costumam ter ao escovar os dentes na área da fissura.

Outras barreiras aos cuidados de saúde bucal dessas crianças incluirão baixo nível de alfabetização dos pais, comportamento induzido por medo e ansiedade, status socioeconômico, prioridades concorrentes, pouco conhecimento dos serviços médicos e odontológicos disponíveis, relações paciente-dentista e crenças socioculturais e mitos.

Todos esses fatores destacam a importância de programas individualizados de saúde bucal preventiva em pacientes com fissura.

Desafios associados aos efeitos das fissuras

Os pacientes com fissura apresentam problemas anatômicos, fisiológicos, patológicos e psicossociais complexos e multissistêmicos. Isso inclui estética, alimentação, atrasos na fala e na linguagem, anomalias dentais, otites, questões psicossociais, como estigmatização e redução da qualidade de vida.



IMPLEMENTANDO O PROTOCOLO DE QUALIDADE E SEGURANÇA FDI/SMILE TRAIN

Objetivos de aprendizagem:

Compreender:

- Como usar o Protocolo de Segurança e Qualidade de Procedimentos Odontológicos FDI/ST
- A importância da garantia de qualidade
- Estratégias para implementação de garantia de qualidade
- Como realizar avaliação periódica da qualidade do cuidado

Por que a qualidade é importante na saúde bucal?

- Ao manter a qualidade dos cuidados de saúde prestados e aderir aos exames de saúde recomendados, a equipe de atendimento à fissura pode melhorar a saúde do paciente e alcançar melhores desfechos de saúde, por exemplo, menos horas de aula perdidas devido a dores dentais.
- Ao melhorar a eficiência dos processos clínicos e de manejo, as organizações reduzem os custos associados a erros, desperdício de materiais e redundância.
- Processos proativos que reconhecem e resolvem problemas antes que eles ocorram garantem que a saúde seja confiável e previsível.

Uma cultura de melhoria frequentemente se desenvolve em uma organização que está comprometida com a qualidade, porque os erros são relatados e corrigidos.

- O compromisso com a qualidade ilumina positivamente uma organização, o que pode resultar em um aumento das oportunidades de parceria e financiamento.

A abordagem da qualidade

A abordagem de qualidade é definida pela OMS como:



abordagem que deve permitir garantir a cada paciente a combinação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que lhe assegurem o melhor resultado de saúde possível, de acordo com o estado da ciência médica atual.

Isso significa que todos os profissionais de saúde devem implementar processos recorrentes, reproduzíveis e até “mensuráveis” que garantam a qualidade e a segurança de suas intervenções: isso é garantia de qualidade.

Garantia de qualidade (GQ) vs. melhoria de qualidade (MQ)

A garantia de qualidade (GQ) envolve o desenvolvimento de um conjunto de padrões e o processo de comparação dos padrões atuais com os padrões recomendados.

Se os padrões forem atendidos, os serviços serão considerados de qualidade adequada. Se lacunas forem identificadas, planos para corrigi-las são desenvolvidos para resolver o problema.

A melhoria da qualidade (MQ) consiste em ações sistemáticas e contínuas que levam a melhorias mensuráveis nos serviços de saúde e no estado de saúde de grupos de pacientes-alvo.

Como definimos qualidade em saúde bucal?

Uma das definições mais comumente utilizadas para qualidade em saúde é pelo Institute of Medicine (IOM) e consiste em seis domínios: segurança do paciente, rapidez, voltado ao paciente, imparcialidade, eficiência e eficácia.

<p>Segurança do paciente</p>	<p>Para ser considerada segura, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar, mitigar ou minimizar eventos adversos. • Defender uma cultura livre de culpas para facilitar a melhoria da qualidade. • Aprender com os incidentes de segurança para melhorar a qualidade do atendimento. • Declarar padrões mínimos de segurança.
<p>Oportunidade</p>	<p>Para ser considerada imparcial, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar atrasos desnecessários no acesso e utilização dos cuidados. • Implementar coordenação de cuidados entre provedores de saúde e instituições. • Priorizar a prevenção; evitar o uso precoce de tratamentos restauradores e outros.
<p>Voltada ao paciente</p>	<p>Para ser considerada voltada ao paciente, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeitar e atender às preferências, necessidades, valores, medos, preocupações e/ou culturas de cada paciente. • Seguir um modelo de tomada de decisão compartilhada ao tomar decisões clínicas. Para ganhar a confiança do paciente, o profissional de saúde bucal deve se comunicar e ouvir o paciente e, em seguida, informar, educar e orientar o paciente para garantir que os valores do paciente moldem todas as decisões clínicas.
<p>Imparcialidade</p>	<p>Para ser considerada imparcial, a saúde bucal deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não variar em qualidade e disponibilidade devido ao gênero, etnia, contexto cultural, religião e crença, localização geográfica e/ou status socioeconômico. • Abordar as desigualdades no projeto, planejamento e comissionamento de serviços de saúde bucal. • Incorporar equitabilidade na concepção de diretrizes de política e prática clínica.
<p>Eficiência</p>	<p>Para ser considerada eficaz, a saúde oral deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a prevenção • Concentrar-se nas necessidades de saúde bucal dos pacientes como base central para o planejamento de recursos e força de trabalho. • Faça parte integrante da medicina e desestime a divisão médico-odontológica.
<p>Eficácia</p>	<p>Para ser considerada eficiente, a saúde oral deve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar informada pelas diretrizes e evidências científicas mais recentes disponíveis. • Ser fornecida aos pacientes que se beneficiarão com o atendimento • Buscar minimizar os danos

Por que precisamos de uma abordagem de qualidade?

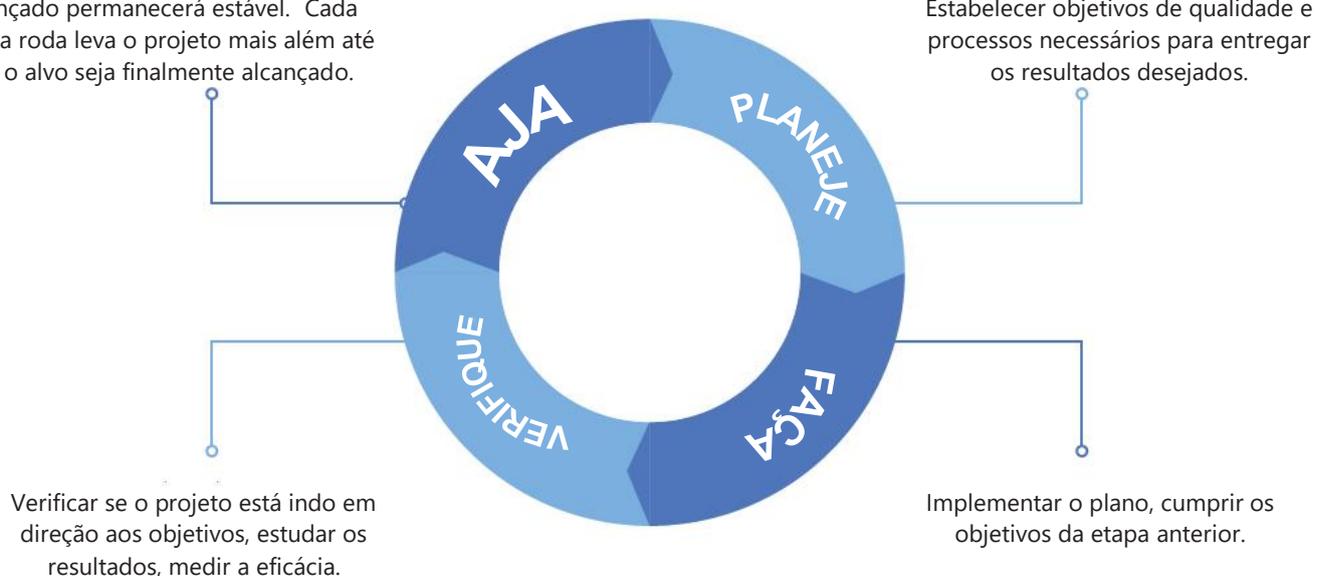
Uma abordagem de qualidade na área de saúde é imperativa e refletida em diversas legislações:

- Contexto legal e regulamentar: a qualidade na saúde é regida por um conjunto de leis e regulamentos em vigor em cada país.
- Regulamentos administrativos: todos os médicos devem ser devidamente treinados e registrados para exercer a prática no país escolhido e permanecer dentro do “escopo da prática” definido pela legislação. Existem muitas outras regulamentações administrativas, ou seja, a obrigação de contratar seguro de responsabilidade civil ou vários outros tipos de seguro.
- Regulamentações sanitárias e recomendações de boas práticas: medidas específicas para a segurança do paciente, definidas por leis e regulamentos sob o controle das autoridades sanitárias do país, ou seja, regulamentos sobre radiação ionizante.
- Regulamentações éticas: ao contrário dos negócios, os consultórios odontológicos e os centros de saúde têm uma responsabilidade pelo bem-estar do paciente. Isso é sustentado por um código de ética que especifica o que pode e o que não pode ser feito. Um órgão oficial, na maioria das vezes o conselho médico ou odontológico, é responsável por garantir que essas regras éticas de confidencialidade e segurança do paciente sejam respeitadas.
- Legislação trabalhista: as regras da legislação trabalhista estabelecidas na legislação nacional se aplicam aos funcionários, de modo que os profissionais precisam estar familiarizados com elas.

Implementando melhoria de qualidade

A implementação de novos procedimentos para cumprir os padrões de qualidade em saúde, como a Organização de Nível de Sistemas FDI/ST, deve ser testada e validada, geralmente por meio de um ciclo de quatro fases de planejamento, execução, estudo e ação - o ciclo PDCA:

Reagir e melhorar. Tomar as medidas corretivas necessárias para reduzir as lacunas e certificar-se de que o que foi alcançado permanecerá estável. Cada giro da roda leva o projeto mais além até que o alvo seja finalmente alcançado.



Etapas para implementar a melhoria da qualidade

Etapas	Dúvidas e recomendações
Identifique e avalie o problema Identifique objetivos específicos	Qual problema você deseja resolver? Que medida de resultado mostrará que o problema foi resolvido?
Produzir uma descrição escrita das funções e responsabilidades de cada membro da equipe odontológica para atingir o objetivo	Quem está mais bem posicionado para ser o campeão e o líder do projeto? Quem tem o conhecimento clínico e as habilidades de liderança para atuar como líder de projeto? Quais membros da equipe participarão do núcleo colaborativo e trabalharão proativamente para melhorar a qualidade?
Ensino e treinamento da equipe para implementar a medida de MQ	Treinar toda a equipe no novo método adotado para resolver o problema ou melhorar o sistema
Estabelecer um grupo de teste que implementará a medida de MQ	O grupo de teste realiza uma avaliação do novo sistema com todos os membros da equipe odontológica.
Implementação de medida de MQ	Implementar mudanças em pequenas etapas gerenciáveis para permitir avaliação e revisão contínuas. Implementar mudanças em pequenas etapas gerenciáveis para permitir avaliação e revisão contínuas.
Verificação e avaliação de resultados	Revisão do primeiro ciclo de implementação para revisar o processo e fazer os ajustes necessários
Repetição do processo de melhoria da qualidade e identificação de novos objetivos, se necessário.	O processo de melhoria deve ter tempo adequado para ser bem sucedido. É importante fazer uma revisão a longo prazo para garantir que o novo hábito e processo tornou-se parte da rotina diária.

Monitoramento e avaliação

A melhoria da qualidade é um processo contínuo e é importante criar uma cultura em sua clínica onde a equipe possa fazer sugestões abertamente para melhorar o atendimento ao paciente, procedimentos ou sistemas. O líder da equipe deve usar o Protocolo de Segurança e Qualidade de Procedimentos Odontológicos da FDI/ST como base para garantir os padrões mínimos de segurança, cuidado e higiene e continuar a desenvolver este recurso para melhorar continuamente os padrões que você fornece.

O monitoramento e a avaliação devem ser realizados rotineiramente, à medida que novas medidas de melhoria da qualidade são introduzidas. Essa responsabilidade deve ser atribuída a uma pessoa, geralmente o gerente clínico.

