



MANUAL DE ATENDIMENTO DOMICILIAR **SAÚDE BUCAL**



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

Prefeitura Municipal de Toledo

Mario Cesar Costenaro

Lucio De Marchi

Secretaria Municipal da Saúde de Toledo

Adriane Monteiro Santana

Diretoria de Atenção Primária à Saúde

Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman

Coordenação de Saúde Bucal

Caroline Fernandes Marin de Toledo

Elaboração:

Thiago Vinícius Rodrigues Reis

Juciliane Angoneze Cesaro

Caroline Fernandes Marin de Toledo

Revisão

Caroline Fernandes Marin de Toledo

André Luiz Batista

Diane Michely Cassaro

Colaboração:

Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde

TOLEDO – 2025



Sumário

1.	INTRODUÇÃO.....	2
2.	LEGISLAÇÕES.....	3
3.	RELACIONAMENTO COM O PACIENTE/FAMILIARES/CUIDADORES	3
4.	ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.	5
7.	ETAPAS DA VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL	10
8.	PRIMEIRA VISITA.....	10
9.	EXAMES COMPLEMENTARES.....	12
10.	EXAMES DE IMAGEM.....	25
11.	SEGUNDA VISITA.....	26
12.	CIRURGIA ORAL MENOR NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	28
13.	ODONTOGERIATRIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	29
14.	PRÓTESE DENTÁRIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	30
15.	ENDODONTIA.....	31
16.	PERIODONTIA	31
17.	ODONTOPEDIATRIA	32
18.	PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (PNE)	32
19.	ONCOLOGIA	38
20.	FOTOBIMODULAÇÃO	39
21.	DESOSPITALIZAÇÃO	40
22.	CUIDADOS PALIATIVOS.....	40
23.	CRITÉRIOS PARA INÍCIO, MANUTENÇÃO E DESCONTINUIDADE DO ATENDIMENTO DOMICILIAR ..	42
24.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL	42
25.	PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO DOMICÍLIO.....	43
26.	INTEGRAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	44
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
	Anexo 1	47
	Anexo 2	48
	Anexo 3	50
	Anexo 4	51



1. INTRODUÇÃO

A Assistência Domiciliar (AD) é uma modalidade de cuidado de saúde que tem ganhado cada vez mais destaque e reconhecimento.

A princípio define-se como cuidados domiciliares em saúde bucal o conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre os autocuidados, prevenção e assistência odontológica realizados no domicílio.

Primeiramente é importante entender o que motiva os diferentes públicos a buscarem esse tipo de suporte e atendimento, e para isso precisamos conhecer os conceitos de autonomia e independência. Autonomia é definida como a capacidade de um indivíduo de tomar decisões independentemente e agir de acordo com sua própria vontade. É a habilidade de ser autônomo, ou seja, ter liberdade e responsabilidade para se autogovernar. A independência está ligada diretamente com a sua capacidade física e funcional, ou seja, a forma como o indivíduo está apto a realizar suas atividades do dia a dia, sozinho, sem a ajuda de terceiros.

A necessidade da AD, no âmbito do SUS, está diretamente ligada à perda da autonomia e independência, ou seja, quanto maior a dependência de um indivíduo maior a necessidade de serviços multidisciplinares na área de assistência domiciliar. A perda de autonomia e independência é uma realidade que muitas pessoas enfrentam em algum momento de suas vidas, seja devido ao envelhecimento, doenças crônicas, acidentes ou outras condições de saúde.

Essa situação pode ser desafiadora tanto para os próprios indivíduos quanto para suas famílias, afetando sua qualidade de vida e capacidade de realizar atividades cotidianas. Neste contexto, os serviços de assistência domiciliar desempenham um papel essencial ao proporcionar suporte, cuidados especializados e recursos necessários para que essas pessoas possam continuar vivendo com dignidade e conforto em seus lares.

Para idosos e pacientes com condições crônicas, a capacidade de realizar tarefas diárias pode diminuir progressivamente, exigindo apoio e cuidados adicionais. Nesses casos, a AD fornece cuidados especializados, incluindo auxílio em atividades cotidianas, administração de medicamentos e acompanhamento médico contínuo, permitindo que esses indivíduos permaneçam em seus lares com conforto e segurança.

Além dos idosos e das pessoas com doenças crônicas, destaca-se também o grupo de indivíduos com necessidades especiais, que podem apresentar limitações temporárias ou permanentes de ordem física, sensorial, intelectual, emocional ou comportamental. Essas condições podem reduzir a capacidade de colaboração clínica e comprometer o autocuidado, tornando a assistência odontológica domiciliar essencial para a prevenção de agravos, alívio de dor e manutenção da qualidade de vida. Nesses casos, o cuidado deve ser pautado na redução de barreiras, na adaptação das práticas clínicas e no fortalecimento do vínculo com familiares e cuidadores, reconhecendo que a deficiência não implica necessariamente a necessidade de atendimento especializado, mas sim de suporte que respeite o grau de dependência e as demandas funcionais de cada pessoa (BRASIL, 2019)

Vale ressaltar que o êxito da visita domiciliar (VD) está intimamente relacionado à mediação dos ACS, que favorecem a execução das intervenções, as articulações locais e, em especial, o vínculo entre a Unidade de Saúde da Família e o território, entre os serviços de saúde e a comunidade. A mediação dos ACS potencializa o acesso dos usuários, aumenta sua compreensão



dos serviços e identifica as demandas de saúde, possibilitando um ajuste adequado entre os profissionais da saúde e a comunidade.

2. LEGISLAÇÕES

Entende-se que a Atenção domiciliar no âmbito da Odontologia atende aos princípios norteadores das ações específicas nas diretrizes da Política nacional de Saúde Bucal (Lei Nº 14.572, de 8 de maio de 2023), bem como os princípios da ética da saúde, o acesso universal para a assistência e o acolhimento, por isso é de suma importância o atendimento domiciliar realizado pelo Cirurgião Dentista (CD).

O Código de ética odontológica (Resolução CFO Nº: 118/2012) disciplina, em resumo, no seu artigo 3º, que o objetivo de toda atenção odontológica é a saúde do ser humano, satisfazendo as necessidades de saúde da população, com garantia de universalidade e integralidade da assistência à saúde.

O mesmo pontua que constitui direito fundamental do cirurgião-dentista diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional. Tal premissa é fundamental, sobretudo quando atuamos em ambientes interdisciplinares, assistindo pacientes críticos, dotados de múltiplas comorbidades e interagindo por vezes, com outros profissionais prescritores.

Importante enfatizar que, diante desse cenário, embora o CD detenha a sua autonomia, há de se considerar o contexto plural do paciente domiciliar e que, em determinadas circunstâncias, as decisões terapêuticas, para o bem do paciente, deverão ser tomadas de forma partilhada.

Como deveres fundamentais a legislação nos cobra o perfeito desempenho ético da Odontologia e a defesa do prestígio e bom conceito da profissão.

A Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080/90, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. O parágrafo 2º, do artigo 191 da referida Lei estabelece que “o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora”. Embora a lei não cite expressamente os profissionais de Saúde Bucal, estes se incluem entre aqueles necessários para realizar o cuidado integral aos pacientes em seu domicílio.

3. RELACIONAMENTO COM O PACIENTE/FAMILIARES/CUIDADORES

Na AD, nem sempre o paciente pode interagir e tomar decisões compartilhadas sobre seu plano de tratamento, ou ainda verbalizar eventuais queixas advindas de terapias realizadas. Aliás, isso é bastante comum, diante do perfil de paciente assistido, ficando a cargo de familiares ou cuidadores todo o gerenciamento da assistência odontológica.

Do exposto, zelar pela saúde e pela dignidade do paciente é, na AD, uma regra ainda mais vívida e necessária, pois frequentemente lidamos com paciente frágeis e sem poder de decisão



sobre suas vidas. Assim, é preciso que, além de maestria técnica, exercitemos a empatia permanentemente, a fim de que a dignidade do paciente seja intocada.

3.1 Elementos Fundamentais para a Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar

O trabalho das equipes de Saúde no SUS, especialmente na Atenção Domiciliar (AD), envolve situações complexas devido às condições clínicas dos pacientes e suas condições socioeconômicas. A gestão do cuidado na AD exige o desenvolvimento de habilidades e saberes para proporcionar as tecnologias de saúde necessárias, reconhecendo que as equipes de saúde não têm todas as condições para garantir o acesso a essas tecnologias sem a gestão integrada da rede de saúde.

3.2.1 Acolhimento

O acolhimento é uma postura e uma ferramenta das equipes de saúde, baseada na escuta qualificada e na humanização do cuidado. Ele busca promover a acessibilidade, a universalidade e a humanização no processo de trabalho das equipes de AD, focando na relação com o paciente e sua família. O acolhimento é essencial para compreender as necessidades de saúde e oferecer a melhor resposta possível para cada caso, com um cuidado integral e responsável.

Trata-se de uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009). Ética, no compromisso com o outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Estética porque traz estratégias de dignificação da vida e do viver para as relações e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. Política porque implica o compromisso coletivo de se envolver nesse “estar com” potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

A dimensão do acolhimento como ferramenta do acesso, embora mais ligada ao processo de trabalho em atenção primária, encontra eco na AD: trata-se de receber as demandas de cuidados domiciliares e tentar, a partir da escuta qualificada, oferecer a melhor resposta possível para cada caso que se apresente ao serviço, criando compromisso com o acesso entre as equipes e realizando, sempre que possível, as “pontes” necessárias na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3.2.2 Clínica Ampliada

A clínica ampliada foca na atenção integral e singular ao paciente, considerando os aspectos físicos, sociais e psicológicos. Ela busca a intersectorialidade e a qualificação dos profissionais de saúde para melhorar a autonomia e o autocuidado do paciente, especialmente na AD, onde o cuidado deve ser mais abrangente e focado nas necessidades do indivíduo.

Vínculo e afeto também são importantes, pois profissionais e usuários transferem afeto. Com a consciência desses fluxos, pode-se melhor ajudar a pessoa a ampliar sua autonomia e a lidar com a doença de modo proveitoso.

3.2.3 Apoio Matricial

O apoio matricial é uma metodologia que visa integrar o conhecimento especializado ao processo de cuidado, sem fragmentar o atendimento. Esse arranjo organizacional permite que as equipes de saúde, se apoiem mutuamente, oferecendo suporte técnico e pedagógico para melhorar o atendimento e resolver problemas de saúde de maneira mais eficaz. A comunicação entre as equipes, a integração de saberes e práticas especializadas são fundamentais para garantir a integralidade do cuidado.



4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.

Cada membro da equipe deve estar alinhado com suas atribuições e possibilidades de atuação dentro da Atenção Domiciliar para que seja possível garantir atenção integral e resolutiva para a população.

A atuação do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e do Técnico em Saúde Bucal (TSB) é parte essencial da organização do cuidado odontológico domiciliar no SUS. A presença desse profissional fortalece a resolutividade das equipes, promove a segurança dos atendimentos e amplia a efetividade das ações de promoção da saúde bucal no território.

O ASB e TSB participam de todas as etapas do processo de cuidado, desde o planejamento até a finalização do atendimento, integrando o modelo de atenção centrado na pessoa, em conformidade com os princípios da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Tanto o ASB como o TSB são elos indispensáveis no cuidado odontológico domiciliar. Seu trabalho qualificado contribui para a efetividade das ações da Atenção Básica, amplia o acesso e promove a integralidade do cuidado no território.

4.1 Atribuições no Atendimento Domiciliar

4.1.1 O ASB e TSB, sob supervisão do cirurgião-dentista, realizam:

- Acolhimento do paciente e familiares;
- Organização da agenda e logística do atendimento;
- Separação e transporte dos materiais, EPIs e equipamentos;
- Montagem da mesa clínica ou adaptação do espaço para o atendimento;
- Desinfecção dos equipamentos e instrumentais;
- Auxílio direto nos procedimentos com técnica de atendimento a quatro mãos;
- Registro de informações no prontuário físico ou eletrônico (para procedimentos realizados por ASB ou TSB);
- Limpeza, embalagem e preparação para esterilização dos materiais;
- Orientações básicas em saúde bucal aos cuidadores e responsáveis;
- Participação na Promoção da Saúde;
- Orienta cuidadores e moradores sobre higiene bucal, dieta não cariogênica e uso de escovas adaptadas, cuidados e higienização de próteses;
- Participa de rodas de conversa ou visitas conjuntas com ACS e outros membros da equipe;
- Auxilia na confecção e aplicação de materiais educativos adaptados ao perfil dos usuários.
- Planejamento e Biossegurança

4.1.2 Atribuições da Equipe de Saúde

- Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;



- Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente corresponsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;
- Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família, sempre que solicitado;
- Monitorizar o estado de saúde do paciente facilitando a comunicação entre família e equipe;
- Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores;
- Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da assistência domiciliar;
- Otimizar a realização do plano de assistência estabelecido para cada pessoa;
- Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, e a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar;
- Garantir o registro no prontuário no sistema de informação da Secretaria da Saúde;
- Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas;
- Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio;
- Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;
- Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário durante a assistência domiciliar;
- Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio eficaz;
- Solicitar avaliação da equipe de referência ou encaminhar, sempre que indicado.

4.1.3 Atribuições do Cirurgião Dentista

- Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa e gengiva;
- Exodontias simples, como por exemplo dentes com mobilidade de grau III;
- Suturas na mucosa oral;
- Realizar procedimentos clínicos que julgar indicado e que o paciente esteja apto;
- Intervir em situações de urgências como: abscessos, dor, sangramentos, etc;
- Orientar higiene oral e cuidado com próteses ao doente e/ou cuidador;
- Estabelecer rede de comunicação participativa com a família;
- Registrar os atendimentos.

4.1.4 Atribuições do Cuidador

- Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.



- Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações).
- Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
- Servir de elo entre o doente/ família e a equipe de saúde.
- Administrar medicações conforme prescrição.
- Comunicar a equipe de saúde as intercorrências.

4.2 Preparo do Ambiente

Antes da visita domiciliar, o ASB/TSB deve colaborar na checagem das condições de acesso ao domicílio, iluminação, ventilação e espaço adequado para o atendimento, bem como a existência de tomadas, pias e superfícies laváveis.

A identificação de barreiras arquitetônicas ou riscos ambientais também é de responsabilidade da equipe.

Durante o atendimento, é de responsabilidade da ASB/TSB manter o campo operatório organizado, utilizar adequadamente os EPIs e seguir rigorosamente os protocolos de biossegurança. Esse preparo garante segurança para o trabalho em campo e fortalece o protagonismo do ASB no cuidado compartilhado e humanizado.

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Muitos procedimentos podem ser realizados com segurança mesmo sem equipamentos sofisticados, como ações educativas, profilaxia, remoção de biofilme e intervenções restauradoras minimamente invasivas. Ressalta-se que os materiais e instrumentais a serem levados para atendimento domiciliar devem estar alinhados com os procedimentos que serão realizados.

5.1 Conjunto básico de instrumentais manuais:

- Bandeja Clínica: espelho, sonda, pinça clínica, curetas de dentina;
- Placa de vidro ou bloco de papel + espátula de manipulação;
- Caixa organizadora de materiais (esterilizados);
- EPIs completos (máscaras, gorro, jaleco, óculos de proteção, luvas);
- Instrumentais para periodontia básica (curetas Gracey/McCall);
- Container vazio para acondicionamento do instrumental contaminado;
- Demais materiais necessários a depender da conduta clínica que será adotada.

5.2 Equipamentos Portáteis (Avançado):

- Equipo odontológico portátil com compressor;
- Fotopolimerizador portátil: útil em restaurações com resinas compostas;
- Pontas de ultrassom;
- Canetas de alta e baixa rotação;



- Brocas/Pontas diamantadas (em caso de uso do equipo portátil);

5.3 Kit de materiais descartáveis - Container contendo:

- Saco de lixo branco leitoso para material contaminado;
- Saco lixo preto;
- Barreira física (plástico filme, saco plástico tipo geladinho);
- Sugador descartável;
- Copo 50 ml descartável para bochecho clorexidina 0,12%;
- Babador descartável;
- Sobre luvas plásticas.

5.4 Kit de materiais de consumo (de acordo com o procedimento previamente definido):

- CIV;
- Anestésico tópico e injetável;
- Gaze;
- Clorexidina 0,12% para bochecho;
- Ácido fosfórico;
- Adesivo dentinário;
- Microbrush;
- Resina fotopolimerizável (cores variadas);
- Medicação intracanal;
- Cimento restaurador intermediário;
- Pasta profilática;
- Escova Robinson;
- Agulha gengival;
- Lâmina de bisturi;
- Hidróxido de cálcio PA e cimento;

5.5 Kit de Biossegurança:

- Alcól 70%;
- Borrifador (com água) para umedecer os instrumentais sujos;
- Frasco para o preparo da desinfecção da luz das mangueiras (sugador, alta e baixa rotação) - 490 ml de água e 10 ml hipoclorito 2,5% ou 475 ml de água e 25 ml de hipoclorito 1%;
- Desinfetante hospitalar de superfície (Quaternário de Amônia e biguanida)
- Papel toalha para secagem das mãos
- Pano multiuso descartável;



6. BIOSSEGURANÇA

A atuação em odontologia domiciliar no SUS impõe desafios únicos no que diz respeito à biossegurança. Ao sair do ambiente controlado do consultório e adentrar a residência dos pacientes, os profissionais precisam manter padrões rigorosos de controle de infecção, protegendo tanto os pacientes quanto a equipe de saúde.

Essas medidas são fundamentais para evitar a contaminação cruzada, acidentes de trabalho e exposição a agentes biológicos, especialmente em populações vulneráveis, como idosos acamados, imunossuprimidos ou pessoas com deficiência.

6.1 Princípios Gerais de Biossegurança no Atendimento Domiciliar

Os mesmos cuidados adotados nos consultórios odontológicos devem ser aplicados nos atendimentos em domicílio, segundo os POPs padronizados e disponibilizados, adaptando-se às condições do ambiente residencial. Isso inclui:

- Higienização correta das mãos (conforme Protocolo de Higienização das mãos do NSP – POP VIII);
- Uso rigoroso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes e contaminados;
- Imunização adequada dos profissionais;
- Descontaminação e descarte correto dos materiais utilizados (vide POPs correspondentes).

6.2 Higienização das Mãos

A higiene das mãos continua sendo a medida mais eficaz para a prevenção de infecções. Deve ser realizada conforme Protocolo de Higienização das mãos do NSP – POP VIII:

- Antes e depois de tocar o paciente;
- Após o contato com fluidos corporais;
- Após retirar luvas ou manusear materiais contaminados.

6.3 Prevenção de Acidentes e Imunização

A equipe deve estar capacitada para lidar com acidentes com materiais biológicos, inclusive com protocolo de notificação e encaminhamento imediato para atendimento médico (POP VII).

A recomendação é que todos os profissionais devem manter suas vacinas atualizadas, com destaque para:

- Hepatite B (com comprovação de soroconversão);
- Tríplice viral;
- dTpa (difteria, tétano e coqueluche);
- Influenza (anualmente);
- COVID-19 (conforme calendário vigente).

A biossegurança é elemento essencial da prática odontológica tanto no consultório como no atendimento domiciliar e deve ser vista como um compromisso ético e técnico com a saúde coletiva. No contexto da Atenção Básica, exige-se planejamento, capacitação contínua da equipe



e apoio da gestão municipal para garantir EPIs, insumos, transporte adequado e protocolos claros de atuação.

Adotar e fortalecer essas medidas é garantir cuidado seguro e de qualidade às pessoas que mais necessitam da atenção do SUS em seus lares.

7. ETAPAS DA VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL

A visita domiciliar deve seguir um roteiro estruturado que contemple avaliação integral do paciente, do ambiente e das necessidades de saúde bucal. As etapas mínimas recomendadas são:

- Identificação do usuário e do cuidador principal;
- Avaliação ambiental e social do domicílio, considerando higiene, ventilação, acesso à água, condições para higiene oral e apoio familiar;
- Exame bucal simplificado, realizado com espátula, gaze e lanterna, identificando sinais de cárie, infecção, dor, sangramento, alterações de mucosa e condição protética;
- Estratificação de risco (sem vulnerabilidade, vulnerabilidade moderada, vulnerabilidade grave) com base em achados clínicos, grau de dependência, suporte familiar e presença de fatores agravantes;
- Elaboração do plano de cuidado bucal, incluindo orientações educativas, plano terapêutico e agendamento de novas visitas;
- Registro da visita, utilizando ficha padrão da equipe, com critérios de acompanhamento e necessidade de contrarreferência.

8. PRIMEIRA VISITA

A primeira consulta odontológica domiciliar é um momento fundamental para avaliação abrangente do paciente, considerando tanto aspectos bucais quanto sistêmicos. É essencial a realização de uma anamnese minuciosa, pois muitos pacientes em atendimento domiciliar apresentam múltiplas comorbidades e fazem uso de diversos medicamentos, o que pode impactar diretamente a saúde bucal, como no caso da xerostomia, que aumenta o risco de cáries e doenças periodontais.

Além disso, o dentista deve observar o ambiente físico da residência, como iluminação, acesso, ventilação e higiene, assegurando que o local esteja adequado para o procedimento, incluindo medidas de biossegurança.

A consulta inicial deve incluir a verificação das condições de salivação e da presença de biofilme, com o uso de recursos como abridores de boca e lanternas portáteis. A dificuldade de deglutição e a possibilidade de broncoaspiração por biofilme acumulado tornam indispensável a atenção à limpeza da cavidade oral, tanto na avaliação quanto nas orientações aos cuidadores. A atuação do cirurgião-dentista deve priorizar ações educativas, explicando aos familiares e cuidadores sobre a importância da higiene bucal cotidiana, já que são eles os principais responsáveis pela manutenção da saúde do paciente.



Essa consulta também permite ao profissional conhecer a dinâmica familiar, o suporte disponível e estabelecer um vínculo de confiança com os envolvidos no cuidado. Esse acolhimento fortalece a continuidade da assistência e promove o sentimento de segurança por parte da família, mesmo em situações de fragilidade física e emocional do paciente.

A necessidade de exames complementares e de imagem deve ser levantada já nesta primeira visita e caso necessário, os devidos encaminhamentos já devem ser providenciados.

Ainda na primeira consulta, deve-se aplicar o instrumento de Identificação e Classificação dos Usuários com Limitações nas Atividades de Vida Diária (AVD):

8.1 Aplicação do IVCF-20 (anexo)

O IVCF-20 é composto por 20 itens, divididos em quatro domínios:

- Domínio Clínico: Avalia condições de saúde, como doenças crônicas, uso de medicamentos e hospitalizações recentes.
- Domínio Funcional: Avalia a capacidade do indivíduo em realizar AVDs (básicas e instrumentais).
- Domínio Cognitivo: Avalia a presença de déficits cognitivos, como memória e orientação.
- Domínio Social: Avalia aspectos como suporte social, rede de contatos e condições de moradia.

No Domínio Funcional, o IVCF-20 avalia especificamente as limitações nas AVDs. As atividades avaliadas incluem:

- AVDs Básicas: Tarefas como alimentação, higiene pessoal, vestir-se, mobilidade e controle de esfíncteres.
- AVDs Instrumentais: Tarefas mais complexas, como fazer compras, cozinhar, administrar medicamentos, gerenciar finanças e usar transporte.

O indivíduo é classificado de acordo com sua capacidade de realizar essas atividades de forma independente ou com ajuda. Após a aplicação do IVCF-20, os usuários são classificados em três níveis de vulnerabilidade:

- Sem Vulnerabilidade: Indivíduos que não apresentam limitações significativas nas AVDs e têm boa funcionalidade.
- Vulnerabilidade Moderada: Indivíduos com algumas limitações nas AVDs, mas que ainda conseguem realizar a maioria das tarefas com ou sem ajuda.
- Vulnerabilidade Grave: Indivíduos com grandes limitações nas AVDs, dependentes de ajuda para a maioria das tarefas cotidianas.

Após a aplicação do instrumento, a pontuação obtida deve ser analisada e interpretada de modo a classificar o usuário em um dos 3 níveis de vulnerabilidade. O IVCF-20 gera uma pontuação total que varia de 0 a 40. Quanto maior a pontuação, maior a vulnerabilidade.

- 0-6 pontos: Sem vulnerabilidade.
- 7-14 pontos: Vulnerabilidade moderada.
- 15-40 pontos: Vulnerabilidade grave.

A análise individual dos domínios permite identificar áreas específicas de necessidade, como limitações funcionais, déficits cognitivos ou falta de suporte social.



Com base na classificação, os profissionais de saúde podem planejar intervenções personalizadas:

- Sem Vulnerabilidade: Promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Vulnerabilidade Moderada: Intervenções para manter a funcionalidade e prevenir agravos;
- Vulnerabilidade Grave: Usuário elegível para o atendimento domiciliar, cuidados mais intensivos, reabilitação ou inclusão em programas de atenção domiciliar (EMAD).

8.2 Anamnese e Exame Clínico:

Propõe-se que a Anamnese seja detalhada a fim de captar informações essenciais para garantir a qualidade e segurança da assistência em saúde bucal do usuário restrito ao lar, além de proporcionar acolhimento e atendimento humanizado.

8.3 Verificar a necessidade da utilização do Consultório Odontológico Transportátil

O paciente que se enquadrar nos níveis “Sem vulnerabilidade” e “Vulnerabilidade Moderada” deverá ser atendido na UBS, transportado pelo cuidador ou responsável.

Casos excepcionais deverão ser analisados pela equipe, de acordo com suas particularidades.

O paciente que se enquadrar “Vulnerabilidade grave”, preferencialmente, será atendido em domicílio, com ou sem a utilização do Consultório Odontológico Transportátil (COTP).

É necessário o planejamento da segunda visita quanto a data, horário, organização do ambiente na residência, procedimentos clínicos que serão realizados, instrumentais e materiais necessários.

9. EXAMES COMPLEMENTARES

No atendimento odontológico, seja em consultório ou domiciliar, a solicitação e interpretação adequada de exames complementares é fundamental para garantir a segurança e o sucesso terapêutico, especialmente em pacientes com múltiplas comorbidades. O cirurgião-dentista, enquanto profissional de saúde, está habilitado a solicitar exames laboratoriais que auxiliem na conduta clínica, sempre considerando os riscos e as necessidades específicas de cada paciente. Abaixo, são destacados os principais exames comumente utilizados na rotina odontológica:

9.1 Hemograma

Permite a avaliação das três principais linhagens celulares do sangue: Série vermelha (eritrócitos): relacionada ao transporte de oxigênio; Série branca (leucócitos): relacionada à defesa imunológica; e Plaquetas: envolvidas na coagulação sanguínea.

Indicações:

- Avaliações pré-cirúrgicas
- Suspeita de discrasias sanguíneas
- Presença de doenças crônicas como nefropatias, hepatopatias, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e neoplasias



- Doenças hemorrágicas
- Pacientes em tratamento oncológico
- Uso de anticoagulantes
- Presença de infecção

9.1.1 Eritrograma

O eritrograma é a parte do hemograma que avalia os glóbulos vermelhos (eritrócitos), células fundamentais para o transporte de oxigênio aos tecidos e remoção do dióxido de carbono. Essa análise permite verificar a massa eritrocitária circulante e a capacidade do sangue em realizar trocas gasosas.

A avaliação inclui a contagem de Eritrócitos (CE): mede o número de eritrócitos por mm³ de sangue:

- Eritrocitopenia: redução na contagem, frequentemente associada à queda da hemoglobina, caracteriza quadros de anemia.
- Eritrocitose: aumento do número de eritrócitos. Quando acompanhado de elevação do hematócrito e da hemoglobina, indica policitemia.

É importante considerar que os valores de referência variam entre homens e mulheres, sendo geralmente mais baixos no sexo feminino.

Valores de Referência	Sexo Feminino	Sexo masculino	>70 anos
	4,2 a 5,4/ μ l	4,4 a 6,0/ μ l	4,6 a 5,3/ μ l

9.1.1.1 Dosagem de Hemoglobina (Hgb)

A dosagem de hemoglobina mede a quantidade dessa proteína presente nos glóbulos vermelhos, responsável pelo transporte de oxigênio aos tecidos. Esse parâmetro está diretamente relacionado ao número e à qualidade dos eritrócitos circulantes.

Trata-se de um dado essencial para o diagnóstico de anemias, sendo um dos primeiros indicadores a ser observado na avaliação do eritrograma.

A variação esperada entre diferentes medições laboratoriais é baixa, com coeficiente de variação de cerca de 2%, o que garante boa confiabilidade ao resultado.

Valores de Referência	Sexo Feminino	Sexo masculino
	13,6 \pm 2,0 g/dL	15,3 \pm 2,5 g/dL

9.1.1.2 Hematócrito (Ht ou Hct)

Indica a porcentagem do volume sanguíneo ocupada pelos glóbulos vermelhos. Está diretamente relacionado à concentração de hemoglobina e à viscosidade do sangue.

- Redução do hematócrito: comum em quadros de anemia.
- Aumento do hematócrito: pode indicar desidratação, policitemia ou adaptações fisiológicas em atletas ou moradores de regiões de altitude elevada.

Valores de Referência	Sexo Feminino	Sexo masculino
	42 \pm 6%	47 \pm 7%



A contagem de eritrócitos, a dosagem de hemoglobina e o valor do hematócrito são fundamentais para identificar possíveis anemias, quando estão reduzidos, embora não revelem diretamente a causa do problema. Por outro lado, níveis elevados desses parâmetros podem indicar policitemia, muitas vezes associada a doenças da medula óssea, como leucemias e linfomas.

É importante considerar também o volume total de sangue (volemia). Em situações de aumento da volemia, como em gestantes ou pacientes com insuficiência cardíaca, renal ou em uso excessivo de soro, pode haver hemodiluição, o que leva a uma falsa impressão de anemia. Já em casos de perda de líquidos, como em diarreias, sudorese intensa, queimaduras ou uso de diuréticos, ocorre a hemoconcentração, que pode mascarar um quadro de anemia verdadeira.

9.1.1.3 Volume Corpuscular Médio (VCM)

Reflete o tamanho médio dos eritrócitos. É fundamental para classificar o tipo de anemia (Valor de referência: 80 – 100fl):

- Microcitose (VCM baixo): comum em anemias com deficiência de ferro;
- Macrocitose (VCM elevado): observada em deficiências de vitamina B12 ou ácido fólico, hepatopatias crônicas e alcoolismo;
- Normocitose (VCM normal): pode ocorrer em anemias por doenças crônicas.

9.1.1.4 Hemoglobina Corpuscular Média (HCM)

Indica a quantidade média de hemoglobina por glóbulo vermelho. Relaciona-se à capacidade de transporte de oxigênio:

- Hipocromia (HCM baixa): indica menor teor de hemoglobina por célula, comum em anemias ferroprivas.
- Normocromia: níveis normais de hemoglobina por célula.
- Hiperchromia (menos comum): pode ocorrer em macrocitoses, mas é geralmente rara.

9.1.1.5 Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM)

Mede a concentração média de hemoglobina no interior dos eritrócitos.

- Valores reduzidos: reforçam o diagnóstico de anemias hipocrômicas.
- Valores aumentados: raros, mas podem ocorrer em algumas anemias hereditárias.

9.1.1.6 RDW (Red Cell Distribution Width)

Avalia a variação no tamanho dos eritrócitos (anisocitose).

- RDW aumentado: indica presença de células de tamanhos diferentes, útil para diferenciar tipos de anemias (ex: carencial x crônica).
- RDW normal: células de tamanho homogêneo.

Esses índices hematimétricos são aliados importantes na interpretação do eritrograma, auxiliando na identificação de alterações clínicas que impactam diretamente o planejamento odontológico, especialmente em atendimentos com risco cirúrgico ou sistêmico.



9.1.2 Leucograma

O leucograma avalia o sistema imunológico a partir da contagem total e diferencial dos glóbulos brancos (leucócitos), que têm origem na medula óssea e se dividem em dois grupos:

- Granulócitos: neutrófilos, eosinófilos e basófilos.
- Agranulócitos: linfócitos e monócitos.

Contagem total de leucócitos

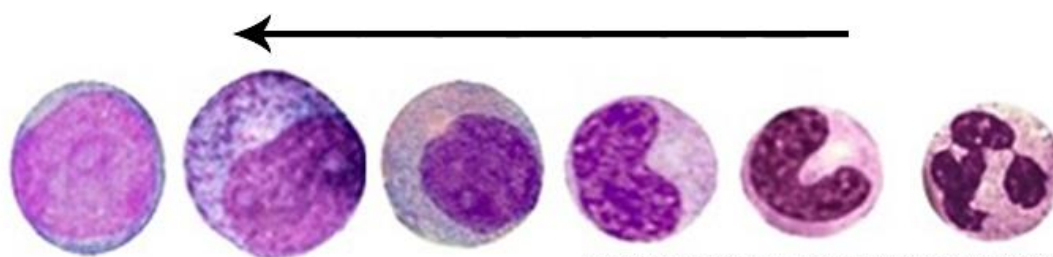
Valores de referência variam entre 3.600 a 11.000/ μL , podendo apresentar variações individuais. Em geral, há predominância de neutrófilos, seguidos por linfócitos, e em menor número eosinófilos, monócitos e basófilos.

Neutrófilos

Representam a principal linha de defesa contra infecções bacterianas.

- Neutrofilia (aumento): indica infecções agudas, inflamações, resposta a estresse e uso de alguns medicamentos (Ex: corticóide).
- Neutropenia (redução): comum em imunossuprimidos, pacientes em quimioterapia ou em uso de certos medicamentos.
- O desvio à esquerda, ou seja, o aumento de neutrófilos jovens (bastonetes), sugere infecção aguda ou distúrbios hematológicos.

DESVIO À ESQUERDA



MacQueen, B C et al. Journal of perinatology (2016)

Figura 1 - Desvio à esquerda na série granulocítica.

Fonte: MacQueen, B. C. et al. Journal of Perinatology, 2016

Eosinófilos

Atuam em processos alérgicos e no combate a parasitas.

- Eosinofilia: ocorre em casos de asma, alergias e verminoses.



- Eosinopenia: pode estar associada ao uso prolongado de corticoides ou estresse intenso.

Basófilos

São os leucócitos menos frequentes. Aumento pode ocorrer em reações alérgicas e inflamações crônicas.

Linfócitos

Responsáveis pela resposta imune contra vírus e tumores.

- Linfocitose: associada a infecções virais, leucemias e algumas doenças crônicas.
- Linfopenia: comum em imunodeficiência, HIV, algumas outras infecções virais (menos comuns) e pacientes oncológicos.

Monócitos

Participam da fagocitose de agentes infecciosos e da resposta imune crônica. Representam de 3 a 10% dos leucócitos e se transformam em macrófagos nos tecidos.

9.1.3 Plaquetas

As plaquetas são fragmentos celulares essenciais para a coagulação do sangue. A contagem plaquetária orienta a segurança de intervenções odontológicas:

- Trombocitopenia (plaquetopenia): número reduzido de plaquetas, com maior risco de sangramento. Contagem abaixo de 140.000/mm³ aumenta o risco de sangramentos, inclusive espontâneos. O dentista deve investigar sinais clínicos como: Gengivorragia, petéquias, hematomas; Sangramento prolongado após escovação ou exodontias; Histórico pessoal ou familiar de distúrbios hemorrágicos.

Valores muito baixos (<50.000/mm³) podem contraindicar procedimentos invasivos sem suporte hospitalar.

Principais causas: Produção reduzida (infiltração leucêmica na medula, aplasia, quimioterápicos); Destruição aumentada (púrpura trombocitopênica, autoanticorpos, esplenomegalia); Consumo aumentado: coagulação intravascular disseminada (CIVD), púrpura trombocitopênica trombótica.

Para fins odontológicos, valores acima de 100.000 plaquetas/mm³ são considerados seguros para procedimentos de rotina. Entre 50.000 e 100.000 plaquetas/mm³, recomenda-se cautela, priorizando procedimentos minimamente invasivos e rigor na hemostasia local. Abaixo de 50.000 plaquetas/mm³, procedimentos invasivos devem ser evitados fora do ambiente hospitalar e avaliados conjuntamente com o médico assistente.

- Trombocitose: aumento da contagem plaquetária, pode estar ligado a estados inflamatórios ou reativos. Contagem acima de 600.000/mm³ pode indicar risco aumentado de trombose, sendo relevante para o planejamento de atendimentos com risco cirúrgico.



A interpretação dos valores de plaquetas deve considerar o curso clínico da doença e a etiologia da alteração, mais do que o valor numérico isolado. Pacientes com trombocitopenias crônicas e estáveis, como a trombocitopenia essencial, podem apresentar baixos valores plaquetários sem aumento significativo do risco hemorrágico, enquanto quadros de consumo agudo de plaquetas, como em infecções graves ou insuficiência hepática, elevam o risco de sangramento mesmo com valores moderadamente reduzidos.

9.2 Coagulograma (TP, TTPa e INR)

O coagulograma é um conjunto de exames utilizados para avaliar a capacidade de coagulação do sangue, sendo fundamental na triagem de pacientes com risco de sangramento ou trombose. Suas alterações podem indicar distúrbios como hemofilia, trombofilias ou problemas hepáticos, além de auxiliar no acompanhamento de pessoas em uso de anticoagulantes orais.

Suas principais indicações são:

- Investigar tendência a sangramentos ou formação de coágulos;
- Monitorar tratamento com anticoagulantes;
- Avaliar função hepática em casos de falência do fígado;
- Investigar coagulação intravascular disseminada (CIVD) em pacientes sépticos;
- Avaliar risco hemorrágico antes de cirurgias ou procedimentos invasivos, como exodontias.

Componentes do coagulograma

Tempo de Sangramento (TS):

Mede o tempo necessário para que um pequeno sangramento pare espontaneamente. Em condições normais, varia entre 1 a 3 minutos. Pode estar alterado em hepatopatias, diabetes, hemofilias ou uso de anti-inflamatórios e antibióticos de amplo espectro.

Tempo de Coagulação (TC):

Avalia a via intrínseca da coagulação. Valores normais ficam entre 5 a 11 minutos. Prolongamento pode sugerir hemofilias graves ou uso de heparina.

Tempo de Protrombina (TP ou TAP):

Mede a via extrínseca da coagulação e auxilia no monitoramento da função hepática e uso de anticoagulantes. O tempo normal está entre 11 a 15 segundos.

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa):

Avalia a via intrínseca da coagulação, sendo útil no controle de terapia com heparina. Valores normais: 25 a 40 segundos. Prolongamentos leves sugerem distúrbios menores; grandes alterações podem indicar sangramentos significativos.

Índice de Normalização Internacional (INR):

Padroniza o TP em escala internacional.

- Valores normais (sem anticoagulantes): 0,8 a 1,2.
- Pacientes em anticoagulação terapêutica: 2,0 a 3,0.
- INR acima do ideal: aumenta o risco de sangramentos, exigindo ajuste de dose.
- INR abaixo do ideal: risco aumentado de trombose.



9.2.1 Aplicação no atendimento domiciliar

Em atendimentos odontológicos domiciliares, principalmente nos casos que envolvem procedimentos invasivos, o coagulograma deve ser solicitado em pacientes com histórico de sangramento, uso de anticoagulantes ou doenças hepáticas. Esses dados permitem avaliar riscos e definir condutas seguras, prevenindo complicações como sangramentos prolongados.

9.2.2 Condutas Odontológicas em Pacientes em Uso de Anticoagulantes

Pacientes em uso de anticoagulantes orais, como varfarina, rivaroxabana, apixabana ou dabigatrana, requerem atenção especial devido ao risco aumentado de sangramento durante e após procedimentos odontológicos invasivos. Entretanto, a suspensão desses medicamentos, na maioria dos casos, não é recomendada, pois pode aumentar o risco de eventos tromboembólicos graves.

A varfarina atua inibindo a síntese dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K (II, VII, IX e X), e seu efeito é monitorado pelo Tempo de Protrombina (TP) e pelo INR (Razão Normalizada Internacional), que deve manter-se entre 2,0 e 3,0 na maioria dos casos terapêuticos.

Já os anticoagulantes orais diretos (NOACs ou DOACs) — como rivaroxabana, apixabana, edoxabana e dabigatrana — atuam diretamente sobre o fator Xa (com exceção da dabigatrana, que inibe a trombina). Esses fármacos não costumam alterar significativamente os valores de TP, TTPa ou INR, motivo pelo qual o controle laboratorial rotineiro não é necessário. A identificação do uso deve ser feita durante a anamnese clínica, considerando a posologia e o horário da última dose.

Na prática clínica, os NOACs são preferidos por apresentarem menor variabilidade de resposta e menor risco de interação medicamentosa, embora seu uso ainda seja limitado no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente pelo custo e por restrições em pacientes com insuficiência renal grave ou cardiopatias estruturais, situações nas quais a varfarina permanece como primeira escolha.

O atendimento odontológico pode ser realizado com segurança quando o INR estiver dentro da faixa terapêutica (2,0 a 3,0), desde que sejam adotadas medidas locais rigorosas de controle hemostático. Quando o INR for superior a 3,0, o procedimento deve ser adiado e o caso discutido com o médico responsável para ajuste da dose.

Durante o atendimento, recomenda-se:

- Realizar os procedimentos preferencialmente no período da manhã, permitindo observação pós-operatória prolongada;
- Evitar bloqueios tronculares profundos em pacientes com risco elevado de sangramento, priorizando anestésias infiltrativas;
- Utilizar técnicas locais de hemostasia, como compressão com gaze estéril, suturas firmes e agentes tópicos hemostáticos (esponja de colágeno, gelatina reabsorvível ou ácido tranexâmico);
- Garantir boa comunicação com o paciente e/ou cuidador sobre cuidados pós-operatórios e sinais de alerta, como sangramento contínuo, palidez ou tontura.



No atendimento domiciliar, deve-se priorizar procedimentos conservadores, orientações de higiene oral e controle de placa bacteriana. Nos casos em que sejam necessárias exodontias ou intervenções cirúrgicas, o planejamento deve ser realizado de forma compartilhada com a equipe médica, assegurando acompanhamento multiprofissional.

O uso concomitante de medicamentos que potencializam o efeito dos anticoagulantes deve ser evitado. Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), antibióticos como metronidazol, eritromicina e tetraciclina, e analgésicos contendo ácido acetilsalicílico (AAS) aumentam o risco de sangramento. As opções mais seguras incluem dipirona e paracetamol em doses reduzidas (até 2 g/dia).

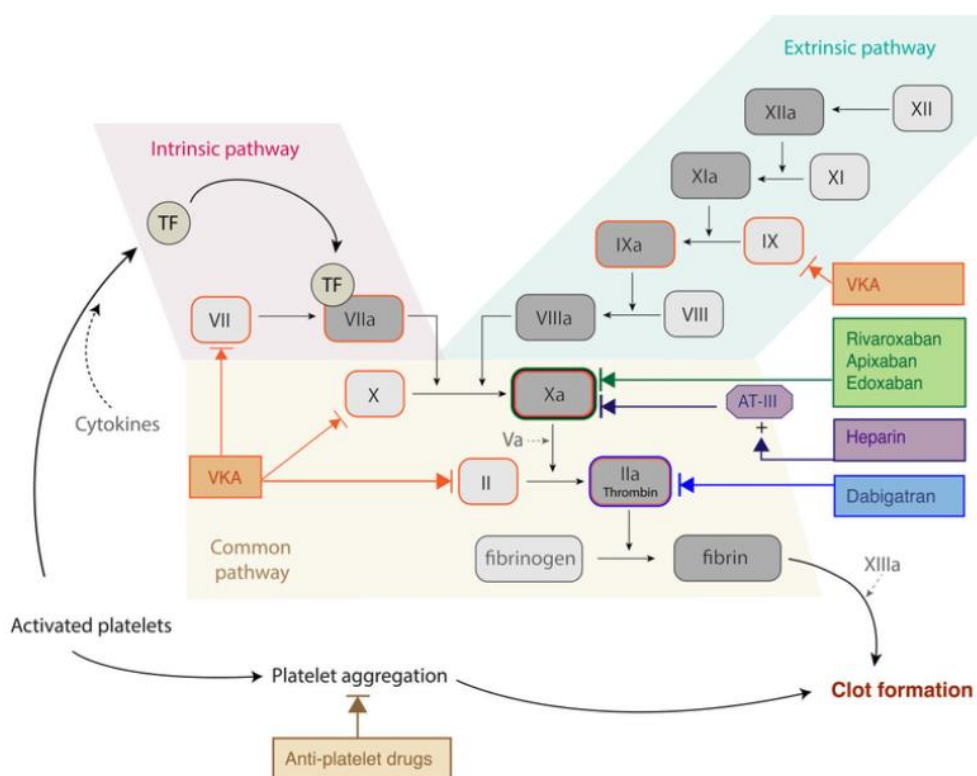


Figura 2 – Cascata da coagulação e alvos dos anticoagulantes.
 Fonte: Hamzeh-Cognasse H, Cognasse F, Bertoletti L. Cells. 2022;11(20):3214.

9.3 Exames de rotina para diagnóstico de Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é uma condição crônica comum entre os pacientes atendidos no domicílio e pode impactar diretamente a saúde bucal, contribuindo para infecções, doenças periodontais, xerostomia e dificuldades de cicatrização. O cirurgião-dentista, inserido nas equipes multiprofissionais, pode contribuir com a detecção precoce de casos suspeitos e o monitoramento daqueles já diagnosticados.



Quando suspeitar de Diabetes em contexto odontológico

- Gengivite ou periodontite de difícil controle;
- Infecções recorrentes na cavidade oral (como candidíase);
- Cicatrização lenta após procedimentos;
- Presença de hálito adocicado;
- Boca seca constante (xerostomia);
- Queixas de sede excessiva e urina frequente relatadas pelo paciente ou cuidador.

Exames de triagem indicados:

Glicemia capilar (teste rápido):

Pode ser realizado durante o atendimento odontológico, por Cirurgião Dentista ou técnico de enfermagem.

- Valores ≥ 200 mg/dL, em qualquer horário, com sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso), sugerem diabetes e devem ser encaminhados para confirmação.

Glicemia em jejum:

Pode ser solicitada pelo Cirurgião Dentista, mas recomenda-se que seja discutido em parceria com a equipe médica ou de enfermagem.

- Valor ≥ 126 mg/dL (em duas dosagens diferentes) indica diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- Valores entre 100 e 125 mg/dL indicam estado pré-diabético.

Hemoglobina glicada (HbA1c):

Reflete a média da glicemia nos últimos 2–3 meses. É útil também para acompanhar o controle glicêmico de pacientes já diagnosticados.

- $\geq 6,5\%$ confirma o diagnóstico de diabetes.
- 5,7% a 6,4% indica risco aumentado (pré-diabetes).

9.3.1 Importância no atendimento domiciliar

A detecção precoce do diabetes pelo dentista pode evitar complicações sistêmicas e melhorar o prognóstico bucal e geral do paciente. Nos casos positivos ou com alteração de exames, a equipe deve articular o cuidado com a atenção médica e a enfermagem da Unidade Básica de Saúde, garantindo acompanhamento contínuo.

Além disso, o conhecimento do status glicêmico é fundamental para o planejamento de procedimentos invasivos, visto que pacientes descompensados apresentam maior risco de infecção e complicações pós-operatórias.

9.3.2 Tratamento Odontológico de Pacientes com Diabetes Mellitus

Pacientes com Diabetes Mellitus apresentam maior risco de alterações bucais e complicações durante o tratamento odontológico, especialmente quando os níveis glicêmicos estão descompensados. Entre as manifestações orais mais comuns estão:

- Doença periodontal severa ou de difícil controle;
- Infecções oportunistas, como candidose;
- Boca seca (hipossalivação ou xerostomia);



- Alterações no paladar (disgeusia);
- Ulcerações recorrentes;
- Hálito cetônico.

9.3.3 Avaliação prévia ao atendimento

Antes de qualquer procedimento, é fundamental realizar uma anamnese detalhada, incluindo:

- Tipo de diabetes (tipo 1 ou tipo 2);
- Uso de medicamentos e horário da última dose;
- Comorbidades associadas;
- Avaliação dos exames recentes: glicemia em jejum, hemoglobina glicada (HbA1c) e controle da pressão arterial.

Também é recomendada a verificação da glicemia capilar no momento da consulta, considerando o horário da última refeição e a medicação antidiabética utilizada.

Conduas clínicas conforme valores de glicemia capilar

< 70 mg/dL (hipoglicemia): O atendimento odontológico deve ser adiado. O paciente deve ingerir carboidratos de absorção rápida, como:

- 15 a 20g de açúcar (1 colher de sopa);
- 120 mL de suco ou refrigerante comum;
- 240 mL de leite desnatado.

Após 15 minutos, reavaliar a glicemia. Se persistirem sintomas ou a hipoglicemia, encaminhar para avaliação médica.

Entre 70–250 mg/dL: Faixa considerada segura para a realização de procedimentos odontológicos.

> 250 mg/dL com sintomas (ex: hálito cetônico, náuseas, confusão): Encaminhar imediatamente para avaliação médica, devido ao risco de cetoacidose diabética.

> 250 mg/dL sem sintomas: Avaliar se o procedimento é urgente. Em caso de intervenção cirúrgica, considerar o uso de antibióticos profiláticos, especialmente se houver leucopenia associada. O paciente deve ser encaminhado para acompanhamento médico, independentemente da realização do atendimento.

9.3.4 Considerações finais para atendimento domiciliar

Evitar longos períodos de jejum antes da consulta; Agendar preferencialmente no período da manhã, após o desjejum; Monitorar sinais de hipoglicemia durante o atendimento (sudorese, tremores, confusão mental, taquicardia e fraqueza); Ter sempre à disposição fontes de carboidratos simples para intervenção rápida (açúcar, suco); Manter articulação com a equipe da Atenção Básica para continuidade do cuidado e seguimento clínico.

Em situações que envolvam procedimentos invasivos ou em pacientes com cicatrização comprometida, pode ser indicada a utilização de antibioticoprofilaxia, conforme avaliação clínica individualizada e protocolos vigentes. Além disso, recomenda-se que o retorno pós-operatório seja realizado de forma antecipada, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce de eventuais sinais de infecção e garantir o acompanhamento adequado da evolução cicatricial.



9.4 Exames de Rotina para Avaliação da Função Renal

Os rins desempenham papel fundamental na filtração do sangue, eliminando substâncias tóxicas como ureia, creatinina, amônia e ácido úrico. Além disso, regulam o equilíbrio ácido-básico, a quantidade de água e eletrólitos no corpo e ajudam a controlar a pressão arterial.

9.4.1 Ureia

Produto do metabolismo de proteínas, sintetizado no fígado a partir da amônia.

- Níveis aumentados: podem indicar disfunção renal, dietas ricas em proteínas, infecções, traumas, hemorragias, queimaduras ou redução do fluxo sanguíneo nos rins.
- Níveis reduzidos: observados em pacientes com desnutrição, hiper-hidratação ou doença hepática grave.
- Valores de referência: 10 a 45 mg/dL.

9.4.2 Creatinina

É um produto da degradação da fosfocreatina muscular e é menos influenciada pela dieta, sendo um marcador mais confiável da função renal. Habitualmente, homens tem valores maiores do que mulheres, além disso, idosos e sarcopênicos costumam ter valores mais baixos. Possibilita uma avaliação indireta da função renal.

- Níveis elevados podem indicar insuficiência renal, obstrução urinária ou destruição muscular.
- Valores normais: 0,6 a 1,4 mg/dL.

Condutas Odontológicas no Paciente com Doença Renal

Pacientes com doença renal crônica podem apresentar alterações bucais que merecem atenção do cirurgião-dentista, como:

- Palidez de mucosas;
- Hálito com odor de amônia;
- Gosto metálico na boca;
- Estomatite urêmica;
- Hipoplasia de esmalte e erosão dentária;
- Aumento gengival (uso de imunossupressores);
- Xerostomia e hipossalivação;
- Alterações ósseas visíveis em radiografias, decorrentes de distúrbios do metabolismo do cálcio e fósforo.

9.4.3 Atenção ao paciente com Doença renal crônica (DRC)

Antes do início de qualquer procedimento, é fundamental realizar uma anamnese detalhada, investigando o estágio da doença, o tipo de tratamento (hemodiálise, diálise peritoneal ou pré-diálise), o uso de medicamentos e a presença de complicações associadas.

Deve-se ter cautela na escolha dos anestésicos locais, evitando altas concentrações de vasoconstritores em pacientes hipertensos ou com doença cardiovascular associada. Medicamentos potencialmente nefrotóxicos, como anti-inflamatórios não esteroidais e certos antibióticos (aminoglicosídeos e tetraciclina), devem ser evitados. Além disso, é necessário



atenção ao risco de sangramento prolongado, frequente em pacientes urêmicos ou em uso de anticoagulantes.

A imunossupressão decorrente da doença ou do uso de medicamentos pode aumentar o risco de infecção. Por isso, deve-se avaliar a necessidade de antibioticoprofilaxia em procedimentos invasivos, especialmente em pacientes em diálise ou transplantados, sempre em articulação com a equipe médica responsável. No pós-operatório, é importante evitar a prescrição de fármacos metabolizados pelos rins e priorizar analgésicos de escolha segura, como o paracetamol em doses ajustadas. Recomenda-se ainda reavaliação precoce para acompanhamento da cicatrização e identificação de possíveis sinais de infecção.

9.4.4 Atenção ao paciente em hemodiálise

Pacientes dialíticos costumam receber heparina durante o procedimento, o que os coloca em risco de sangramentos. Por isso:

- Evite atendimentos odontológicos nos dias de diálise, prefira realizar os procedimentos em dias alternados à diálise;
- Fique atento à presença de petéquias ou sangramentos espontâneos;
- Avalie a necessidade de exames laboratoriais prévios (coagulograma, plaquetas, ureia e creatinina).

Durante o atendimento, recomenda-se não realizar punções ou aferições de pressão arterial no braço onde se encontra a fístula arteriovenosa.

O manejo odontológico seguro de pacientes com insuficiência renal exige integração com a equipe médica, conhecimento do uso de medicamentos e planejamento cuidadoso dos procedimentos, especialmente em atendimentos domiciliares, onde o controle de emergências pode ser mais limitado.

9.5 Exames de Rotina para Avaliação da Função Hepática

O fígado é um órgão vital que atua no metabolismo de proteínas, medicamentos, colesterol e na produção da bile. Também participa da coagulação sanguínea por meio da síntese de fatores de coagulação e do armazenamento de vitamina K.

Em pacientes com doenças hepáticas — como hepatites, cirrose, uso abusivo de álcool, distúrbios genéticos —, é essencial avaliar a função hepática antes de realizar procedimentos invasivos, especialmente devido ao risco aumentado de sangramentos e alterações metabólicas.

9.5.1 Transaminases: TGO (AST) e TGP (ALT)

São enzimas hepáticas dosadas no sangue que ajudam a identificar possíveis lesões no fígado. Elevações dessas enzimas podem ser causadas por infecções, medicamentos, intoxicações, tumores ou trauma hepático.

TGP (ALT)

Enzima mais específica para o fígado; sua elevação geralmente indica dano hepático direto.



TGO (AST)	Embora também presente no fígado, pode estar aumentada em lesões musculares, renais, cardíacas ou neurológicas.
Valores de referência (média)	TGO: 5 a 40 U/L TGP: 7 a 56 U/L

É importante distinguir pacientes com doença hepática compensada daqueles com doença descompensada. Na forma compensada, o atendimento odontológico pode ser realizado de maneira segura, com cautela e monitoramento laboratorial. Já em casos de doença descompensada — caracterizada por ascite, icterícia intensa, encefalopatia hepática ou coagulopatia significativa —, o atendimento deve ocorrer em ambiente hospitalar, com suporte médico e multiprofissional.

Cuidados Odontológicos com Pacientes com Doença Hepática

Durante o exame clínico odontológico, algumas manifestações bucais podem estar presentes em pacientes com alterações hepáticas, tanto em decorrência da doença quanto pelo uso de medicamentos:

- Doença periodontal e cárie ativa;
- Boca seca (hipossalivação/xerostomia);
- Língua despapilada;
- Infecções fúngicas ou bacterianas oportunistas;
- Sinais de sangramento na mucosa oral: petéquias, equimoses, hematomas;
- Icterícia (coloração amarelada da mucosa).

Considerações para o atendimento:

- Avaliar exames hepáticos recentes antes de procedimentos cirúrgicos;
- Atenção redobrada à hemostasia e tempo de sangramento;
- Evitar medicamentos hepatotóxicos sempre que possível;
- Trabalhar em conjunto com a equipe médica para ajustar condutas quando necessário.

A prescrição medicamentosa deve considerar o metabolismo hepático. Devem ser evitados anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), doses elevadas de paracetamol, tetraciclina e metronidazol em uso prolongado. Analgésicos como dipirona e paracetamol em doses reduzidas (até 2 g/dia) são opções mais seguras. Entre os antibióticos, amoxicilina, azitromicina e clindamicina podem ser utilizados com ajuste de dose, conforme avaliação médica.

O manejo odontológico do paciente com doença hepática deve ser realizado em articulação com a equipe médica e de enfermagem, especialmente em casos de hepatites crônicas, cirrose ou uso contínuo de anticoagulantes. No atendimento domiciliar, as ações devem priorizar prevenção, controle de infecções orais e educação em saúde, com atenção especial à higiene bucal e ao monitoramento de mucosas ictéricas ou com sinais de sangramento.



9.6 Exames específicos adicionais

Outros exames podem ser solicitados conforme as necessidades clínicas, como marcadores inflamatórios ou sorologias específicas (hepatites, HIV, sífilis), principalmente em casos cirúrgicos ou quando há risco ocupacional.

Essa abordagem personalizada, baseada em exames complementares, permite ao profissional atuar com maior segurança e efetividade no atendimento domiciliar, respeitando as diretrizes do SUS e priorizando o cuidado integral do paciente.

No contexto da Atenção Básica e da Odontologia Domiciliar, é fundamental aplicar o princípio da prevenção quaternária, que visa evitar intervenções desnecessárias, iatrogênicas ou potencialmente danosas ao paciente. A solicitação de exames complementares deve basear-se em avaliação clínica minuciosa e na probabilidade pré-teste de um achado que realmente possa alterar a conduta terapêutica. Exames solicitados de forma indiscriminada, sem respaldo clínico ou epidemiológico, aumentam custos, geram ansiedade e podem levar a interpretações equivocadas.

É comum que pacientes solicitem a transcrição de pedidos de exames obtidos em consultas particulares ou com base em informações de redes sociais e mídias não científicas. Nesses casos, o cirurgião-dentista deve exercer postura ética e técnica, explicando a importância do uso racional dos recursos diagnósticos, conforme as diretrizes do SUS e os princípios da integralidade e da segurança do paciente.

10. EXAMES DE IMAGEM

No contexto da odontologia domiciliar, o exame clínico é a ferramenta principal e de primeira escolha para o estabelecimento do diagnóstico e definição do plano terapêutico. Dada a complexidade logística, as condições sistêmicas do usuário assistido, os critérios técnicos e de segurança associados à realização de exames de imagem fora do ambiente clínico, sua solicitação deve ser restrita a situações nas quais o exame clínico isolado não seja suficiente para o correto diagnóstico.

Os exames radiográficos, especialmente os intraorais como as radiografias periapicais e interproximais, são reconhecidamente úteis como métodos complementares. No entanto, no atendimento domiciliar, seu uso torna-se inviável visto a necessidade de um equipamento portátil para esta finalidade, e que ainda apresentam controvérsias quanto à segurança radiológica e regulamentação vigente no Brasil.

Portanto, recomenda-se que os exames de imagem não sejam realizados de rotina em atendimentos domiciliares. A solicitação deve ser feita apenas quando houver uma indicação clínica precisa, com o devido registro da justificativa no prontuário. Quando necessário, deve-se buscar o serviço de apoio diagnóstico credenciados que garanta a segurança do paciente e encaminhar o paciente para realização do exame em ambiente apropriado, levando em consideração as limitações de cada usuário.



11. SEGUNDA VISITA

11.1 Atendimento Odontológico sem a utilização do COTP

Antes da realização do atendimento odontológico domiciliar, é imprescindível que os familiares ou responsáveis sejam previamente orientados quanto à preparação do ambiente. A área onde o atendimento ocorrerá deve estar limpa e organizada, com a remoção de sujidades visíveis, tapetes, móveis pequenos e objetos que possam dificultar o acesso e comprometer as condições de assepsia. Além disso, recomenda-se que crianças e animais domésticos sejam retirados do local, assegurando-se também medidas que garantam a privacidade e o conforto do paciente.

Todo atendimento deve ser precedido de um planejamento criterioso, com o objetivo de definir com clareza os materiais, instrumentais e equipamentos necessários à execução do procedimento. Esse planejamento contribui para a segurança, eficiência e resolutividade da intervenção. Os materiais devem ser devidamente transportados em recipientes apropriados (containers), que protejam contra calor excessivo, luz solar direta, poeira e risco de contaminação. Deve-se ter especial atenção com soluções líquidas e inflamáveis, como hipoclorito de sódio e álcool.

Durante o agendamento e antes da chegada da equipe, é importante solicitar aos responsáveis que providenciem condições mínimas de infraestrutura, como boa iluminação natural ou artificial, circulação de ar adequada e disponibilidade de água no local. Por fim, deve-se assegurar previamente que haja disponível serviço de remoção ou transporte de urgência, caso ocorra alguma intercorrência que exija encaminhamento a unidade de pronto atendimento ou hospitalar.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM DOMICÍLIO

Procedimentos Pré-Atendimento Odontológico

- Higienizar as mãos conforme protocolo do NSP (municipal);
- Verificar sinais vitais (temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial);
- Conferir as medicações em uso de acordo com a última prescrição.
- No cômodo onde será realizado o procedimento, paramentar-se com máscara, gorro, avental de manga longa, óculos de proteção ou face shield.
- Não utilizar adornos como relógio, pulseira, colar, anel, brinco, etc.
- Organizar os materiais e instrumentais para o procedimento

Atendimento Odontológico

- Higienização prévia da cavidade oral:
 - Para pacientes com comprometimento de autonomia e independência (como em casos de deficiência física severa, rebaixamento de consciência, coma ou baixa compreensão da realidade), recomenda-se realizar a limpeza da mucosa bucal utilizando: Gaze embebida em solução de água oxigenada a 10 volumes, na proporção de 5 ml de água oxigenada para 10 ml de água filtrada; Ou, preferencialmente, utilizar solução aquosa de Digluconato de Clorexidina a 0,12%.



- Caso o paciente tenha condições clínicas e cognitivas adequadas, deve-se orientá-lo a realizar bochecho com a solução aquosa de Digluconato de Clorexidina a 0,12%, de forma autônoma, antes do início do procedimento.
- Organização da superfície de apoio:
 - Preparar uma bancada, mesa auxiliar ou superfície equivalente no local do atendimento;
 - Forrar a área com papel grau cirúrgico ou SMS (utilizado na esterilização de bandejas), assegurando uma base limpa e adequada para a disposição dos instrumentais e materiais.

Procedimentos Pós-Atendimento Odontológico

- Recolher o material perfuro-cortante e depositá-lo em recipiente DESCARPAK ou em container com tampa, para descarte adequado ao retornar à UBS.
- Colocar os instrumentais usados no procedimento em container com tampa hermética.
- Umedecer os instrumentais borrifando água ou solução de pré limpeza de instrumentais, para facilitar o transporte seguro até a UBS.
- Ao chegar na UBS, encaminhar a caixa com os instrumentais para o setor de expurgo.
- A limpeza e desinfecção dos instrumentais deverá ser feita conforme POP específico, levando em consideração o fluxo da CME para unidade centralizadas ou descentralizadas:
- Após a esterilização, os instrumentais retornam à UBS para armazenamento correto até o próximo uso.

Desparamentação

- Retirar as Luvas;
- Retirar o Avental;
- Higienizar as mãos conforme protocolo de higienização das mãos do NSP;
- Retirar o Protetor Facial;
- Retirar Óculos;
- Retirar Gorro;
- Retirar Máscara cirúrgica/N95/PFF2;
- Higienizar as mãos conforme protocolo de higienização das mãos do NSP;
- Acondicionar os EPIs contaminados em saco branco leitoso.

11.2 Atendimento odontológico com a utilização do COTP

O atendimento domiciliar com equipo portátil é uma estratégia importante para ampliar a cobertura da atenção básica odontológica, promovendo a inclusão e a continuidade do cuidado de forma humanizada.

Solicitação do COTP

A solicitação será realizada abrindo chamado no site da PMT: ícone “SERVIDOR” – “CHAMADOS” – “Saúde Manutenção Predial”.

O login e senha necessários são os mesmo utilizados para login no computador da unidade.

Preencher os campos necessários:



- Tipo de chamado: Solicitação de COTP
- Equipamento: cadeira, equipo + compressor, ambos;
- Unidade solicitante: UBS de origem do solicitante;
- Data da utilização: Data em que será realizado o atendimento;
- Descrição.

Obs.: o Equipamento Odontológico Portátil deve ser devidamente conferido pela eSB, conforme check list, ao ser retirado e no momento da devolução. Os itens que compõem o equipamento constam no Anexo 3.

- Montar o equipamento conforme Anexo 4;
- Realizar a limpeza e desinfecção dos equipamentos conforme POP padrão da Saúde Bucal;
- Desmontar o equipamento conforme Anexo 4.

12. CIRURGIA ORAL MENOR NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

A realização de procedimentos cirúrgicos em ambiente domiciliar é uma alternativa viável quando bem indicada e planejada. Essa prática deve ser pautada na avaliação criteriosa da saúde geral do paciente, da complexidade do procedimento e das condições técnicas disponíveis no local. O exame clínico é o ponto de partida para qualquer planejamento.

Antes da intervenção, é indispensável realizar uma anamnese detalhada, com levantamento de comorbidades, uso de medicamentos e histórico de intercorrências médicas. Essa coleta de dados pode ser complementada por familiares ou cuidadores, principalmente quando o paciente apresenta limitações cognitivas ou de comunicação.

A avaliação clínica deve considerar sinais de infecção, alterações sistêmicas, limitações físicas e presença de doenças como diabetes, hipertensão, cardiopatias, uso de anticoagulantes e imunossupressão. Sempre que necessário, exames laboratoriais devem ser solicitados.

Planejamento do Procedimento

Ambiente	Espaço com boa iluminação, ventilação, privacidade e condições de posicionar o paciente de forma segura e confortável;
Instrumental e materiais	Kit cirúrgico esterilizado, anestésicos, equipamentos portáteis, materiais para hemostasia e descarte adequado de resíduos;
Equipe	Profissional capacitado e, apoio de ASB/TSB para auxílio técnico.
Matriciamento	Em algumas situações podem surgir dúvidas por parte do profissional responsável pelo atendimento. Neste caso, a troca de informações com outros profissionais (odontólogos, médicos, enfermeiros, etc) é de grande valia.

Procedimentos Indicados em Domicílio

Somente procedimentos de baixa complexidade devem ser realizados no domicílio:



- Extrações simples;
- Remoção de raízes residuais;
- Drenagem de abscessos localizados;
- Biópsias de lesões superficiais;

Cirurgias mais extensas ou que envolvam maior risco de sangramento e complicações devem ser encaminhadas para ambientes ambulatoriais ou hospitalares.

Mesmo fora do consultório, os cuidados com a biossegurança devem ser rigorosamente mantidos durante o atendimento odontológico domiciliar. Isso inclui o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), o controle da infecção cruzada, o descarte correto dos materiais utilizados e a atenção especial à antisepsia do campo operatório.

Após a realização de procedimentos cirúrgicos, é fundamental que o profissional forneça orientações claras ao paciente e/ou cuidadores quanto à higiene bucal local, ao uso correto das medicações prescritas, aos cuidados com a alimentação e à identificação de sinais de alerta, como dor intensa, sangramento contínuo, febre ou inchaço anormal.

O acompanhamento pós-operatório pode ser realizado em visitas subsequentes, por monitoramento remoto (ligações) ou orientar o responsável a entrar em contato com a equipe de referência da unidade de saúde.

É importante ressaltar que a realização de cirurgia em domicílio deve ocorrer apenas quando houver indicação clínica segura e estrutura mínima que garanta a qualidade do atendimento. Todas as etapas do atendimento devem ser devidamente registradas em prontuário, incluindo avaliação, conduta, intercorrências e orientações, assegurando a ética, a segurança e a dignidade do paciente.

13. ODONTOGERIATRIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil, torna-se cada vez mais importante oferecer atenção específica à saúde bucal da população idosa. O envelhecimento está associado a alterações fisiológicas e ao surgimento de condições crônicas, muitas vezes acompanhadas por limitações físicas, cognitivas ou sociais. Nesse contexto, o atendimento domiciliar configura-se como estratégia essencial para ampliar o acesso e garantir um cuidado integral, humanizado e contínuo a essa população.

13.1 Atenção integral ao idoso

A atenção odontológica ao idoso no domicílio deve considerar não apenas as necessidades clínicas, mas também os fatores emocionais, familiares e sociais. O cuidado envolve uma tríade: idoso, família/cuidador e equipe de saúde, que devem atuar de forma articulada para alcançar bons resultados.

O atendimento odontológico em casa promove maior vínculo com o paciente, respeito ao seu ambiente e maior acolhimento da equipe. Além disso, facilita a participação da família no tratamento e permite adaptações de conduta de acordo com a realidade do paciente.

Entre as principais condições clínicas observadas em idosos estão:

- Doença periodontal;



- Cáries de raiz;
- Hipossalivação e xerostomia;
- Lesões fúngicas (como candidose);
- Traumas por próteses mal adaptadas;
- Alterações decorrentes de polifarmácia.

A avaliação odontológica deve incluir exame clínico minucioso, observação do comportamento do paciente e escuta ativa dos relatos da família. A abordagem deve ser interdisciplinar, considerando também a nutrição, mobilidade, cognição e autocuidado.

Condutas no atendimento odontogeriátrico domiciliar

- Priorizar o conforto, bem-estar e funcionalidade bucal;
- Avaliar o uso de próteses e a necessidade de ajustes ou substituição;
- Oferecer orientações sobre higiene bucal com recursos adaptados;
- Monitorar sinais de dor, infecção, sangramento e desconforto;
- Estimular o autocuidado sempre que possível, respeitando as limitações;
- Garantir registros adequados em prontuário sobre condutas e orientações

14. PRÓTESE DENTÁRIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

Na Atenção Básica, especialmente no atendimento odontológico domiciliar, a atuação relacionada a próteses dentárias é limitada ao acompanhamento, avaliação, orientações e pequenos ajustes. Nos casos em que há necessidade de reabilitação protética completa, o paciente deve ser encaminhado para a rede de Atenção Secundária (CEO – CISCOPAR), conforme os fluxos pactuados no município.

14.1 Atenção às próteses já existentes

Durante a visita domiciliar, o cirurgião-dentista deve avaliar as condições de higiene das próteses do paciente e orientar quanto ao cuidado com a higiene e limpeza das mesmas. Também é necessário avaliar as condições de uso das próteses já presentes na cavidade bucal, identificando possíveis desgastes, instabilidade, fraturas ou desconfortos.

Nos casos em que a prótese está causando ferimentos, instabilidade funcional ou dor, é possível realizar ajustes com o uso do COTP (equipo + compressor) ou levar a prótese no consultório da UBS, devolvendo posteriormente.

Para encaminhamentos à Atenção Secundária, levar em consideração as condições sistêmicas do paciente e seguir Protocolo de Regulação de Especialidades Odontológicas.

14.1.1 Orientações importantes no domicílio

Verificar se o paciente (ou cuidador) consegue realizar a higiene correta da prótese e da cavidade oral; Orientar sobre armazenamento e limpeza adequada da prótese, especialmente à noite; Alertar sobre sinais de desconforto, lesões na mucosa ou dificuldades para se alimentar com a prótese; Registrar em prontuário a condição da prótese e as condutas realizadas, incluindo encaminhamentos.



14.1.2 Foco na funcionalidade e conforto

A atuação do profissional da Atenção Básica é fundamental para garantir conforto, orientar adequadamente e articular o cuidado junto à rede. A presença de uma prótese mal adaptada pode prejudicar a alimentação, a fala, a autoestima e a saúde bucal como um todo, sendo necessária uma abordagem sensível, ética e resolutiva dentro das possibilidades do SUS local.

15. ENDODONTIA

As abordagens endodônticas no contexto domiciliar representam um desafio clínico, mas também uma oportunidade de ampliar o acesso ao cuidado para populações restritas ao domicílio. Muitas vezes, os agravos endodônticos em pacientes acamados ou institucionalizados são negligenciados ou subestimados, evoluindo silenciosamente para infecções sistêmicas de risco.

A atuação do cirurgião-dentista nesse cenário exige conhecimento técnico, bom julgamento clínico e adaptação dos protocolos às limitações do ambiente. Situações como necrose pulpar, abscessos periapicais e fístulas odontogênicas podem ser diagnosticadas durante visitas regulares e, quando não passíveis de manejo local, requerem remoção dentária como medida terapêutica. O uso racional de antibióticos pode ser indicado em infecções com repercussão sistêmica, sempre precedido de avaliação criteriosa.

É importante destacar que há situações em que o manejo paliativo no domicílio é suficiente para controle da dor e da infecção, com posterior encaminhamento para ambiente ambulatorial, se necessário e possível.

16. PERIODONTIA

As doenças periodontais estão entre as mais prevalentes enfermidades bucais, especialmente em idosos e pacientes com restrições funcionais, sendo frequentemente negligenciadas em contextos de atenção domiciliar. Tais condições resultam de desequilíbrios na microbiota oral, com predominância de patógenos como *Porphyromonas gingivalis*, levando à destruição tecidual progressiva.

No atendimento domiciliar, o enfoque deve ser preventivo e de controle da progressão da doença, priorizando o ensino de higiene oral simplificada, o uso de antissépticos orais como clorexidina 0,12% e a realização de raspagens supragengivais sempre que tecnicamente viáveis. A eliminação de fatores locais retentivos, como próteses mal adaptadas, é fundamental.

Vale ressaltar que a presença de doença periodontal ativa pode impactar negativamente condições sistêmicas como diabetes mellitus e cardiopatias. Portanto, o acompanhamento desses casos deve ser contínuo, com intervenções periódicas voltadas à manutenção da saúde bucal.



17. ODONTOPEDIATRIA

O cuidado odontológico domiciliar para crianças deve respeitar as particularidades do desenvolvimento infantil, os aspectos comportamentais e os contextos familiares. Crianças acamadas, com doenças crônicas ou necessidades especiais podem ter restrições à mobilidade e dificuldades de acesso ao serviço odontológico convencional.

Nesses casos, o profissional deve adotar estratégias lúdicas e abordagem empática, considerando a presença ativa do cuidador e a adaptação do ambiente para reduzir o estresse da criança. O uso de métodos não farmacológicos para controle de comportamento, como reforço positivo e dessensibilização, é preferível sempre que possível.

Do ponto de vista clínico, o foco deve estar na prevenção de cárie precoce, orientação de dieta não cariogênica, educação em saúde bucal e aplicação tópica de flúor, não se restringindo a isso, visto que procedimentos curativos também podem ser executados. A detecção precoce de lesões de cárie e problemas oclusais pode evitar desfechos mais severos, devendo o cirurgião-dentista manter diálogo com a rede de apoio multiprofissional da criança.

18. PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS (PNE)

Pacientes com necessidades especiais representam um grupo heterogêneo que inclui indivíduos com deficiências físicas, intelectuais, transtornos comportamentais, doenças sistêmicas complexas, síndromes genéticas e condições psiquiátricas. Esses pacientes frequentemente enfrentam barreiras físicas, cognitivas e sociais para o acesso ao cuidado odontológico.

O atendimento domiciliar para PNEs requer uma abordagem personalizada, fundamentada no conhecimento das limitações e potencialidades de cada paciente. A classificação funcional, o grau de dependência e o suporte familiar devem ser considerados na definição do plano de cuidados.

Entre as estratégias mais efetivas estão:

- Adaptação dos instrumentos e técnicas clínicas;
- Comunicação alternativa (visual, tátil, gestual);
- Integração com cuidadores e equipe de saúde;
- Acompanhamento em longo prazo.

O cirurgião-dentista deve ainda estar preparado para o manejo de urgências, como traumas, infecções ou sangramentos, em pacientes com fragilidade sistêmica ou comprometimento imunológico.

A seguir, encontra-se algumas técnicas que podem ser adotadas para o manejo comportamental do paciente:



Abordagem comportamental	Descrição
Falar-mostrar-fazer	Explicação verbais do procedimento a ser realizado, seguido da demonstração e após a realização do procedimento em si.
Modelagem	Utilizar vídeos mostrando o procedimento a ser realizado ou realizar o procedimento em outra criança ou cuidadores para o paciente observar.
Apresentação de imagens positivas, previsibilidade	Pode ser enviada aos cuidadores imagens/cartilha explicando o procedimento que será realizado.
Perguntar-explicar-Perguntar	Pergunta-se ao paciente sobre os medos relacionados ao procedimento. Em seguida explica-se o procedimento. Logo, perguntar ao paciente se entendeu ou se tem alguma dúvida.
Controle do tom de voz	Utilizar a alteração do tom de voz com frases mais diretas para obtenção de colaboração por parte do paciente.
Comunicação não verbal	Utilizar a postura profissional, expressão facial e linguagem corporal.
Reforço positivo	Recompensa-se comportamentos desejados durante o atendimento. Podem ser sociais (abraço, demonstração de carinho, parabenizar...) ou não sociais (brinquedos ou brindes).
Distração	Utilizada para desviar a atenção do paciente durante a execução de um procedimento desagradável.
Recondicionamento / Reestruturação de memória	Busca transformar memórias negativas relacionadas ao tratamento odontológico.
Estabilização protetora	Restringir movimentos inesperados durante o atendimento odontológico para reduzir os riscos de lesões tanto para a criança quanto para o dentista e seu auxiliar.

Quadro 1: Adaptado do capítulo 5: Abordagem comportamental psicológica em pacientes pediátricos com necessidades especiais, livro: Odontologia especial pediátrica, por Rafael Celestino Colombo de Souza (2019).

Fonte: Odontologia Domiciliar (Livro eletrônico) – CRO-SE. 1ed. 2024

18.1 Deficiência Intelectual

As alterações bucais em pessoas com deficiência intelectual variam conforme o nível de comprometimento neuropsicomotor e a colaboração do paciente ou de seus cuidadores. As doenças mais frequentes incluem cárie dentária, gengivite e periodontopatias, geralmente associadas à higiene oral dificultada. O uso de medicamentos como sedativos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, bloqueadores de canais de cálcio e imunossupressores pode agravar essas condições, provocando xerostomia, hiperplasia gengival e maior predisposição a lesões bucais. Além disso, podem ocorrer alterações funcionais, como maloclusões, dificuldades na mastigação, deglutição e respiração, bem como bruxismo e trauma oclusal devido à contração muscular constante. Estudos indicam que crianças e adolescentes com deficiência intelectual apresentam maior acúmulo de biofilme dentário e piores condições gengivais em comparação a indivíduos sem deficiência (BRASIL, 2019).

Os processos infecciosos na cavidade oral podem desencadear respostas inflamatórias sistêmicas por meio da liberação de citocinas pró-inflamatórias, interferindo na saúde geral do



indivíduo. Por isso, a avaliação odontológica periódica é essencial, mesmo quando o atendimento ambulatorial é dificultado pela falta de colaboração do paciente. Durante a visita domiciliar, os cuidados devem ser individualizados, considerando o nível da deficiência, comorbidades associadas e o grau de envolvimento de cuidadores ou familiares. É importante avaliar o uso de medicamentos que possam impactar a saúde bucal e estimular o controle mecânico do biofilme dentário, realizado pelo próprio paciente ou pelo cuidador, adaptando as técnicas de higiene à destreza manual, concentração e compreensão do indivíduo.

É fundamental orientar usuário e familiares sobre higiene bucal, preferencialmente após as refeições. Para pacientes com coordenação motora limitada, pode-se lançar mão de escovas adaptadas, escovas elétricas, dedeiras, abridores de boca adaptados, fio dental do tipo *Flosser*.

A alimentação saudável deve ser incentivada, restringindo açúcares e alimentos pegajosos, e medicamentos com açúcar, quando possível, devem ser administrados durante as refeições. De acordo com o risco, pode-se recomendar o uso diário (0,05%) ou semanal (0,2%) de flúor tópico e, quando necessário, clorexidina 0,12%, sempre sob supervisão.

Pacientes com condições cardíacas requerem atenção especial devido ao risco de endocardite infecciosa em procedimentos que envolvam gengiva, mucosa ou região periapical.

O acompanhamento deve incluir retornos periódicos para avaliação clínica e reforço da higiene oral, com intervalos de 1 a 6 meses, conforme risco individual.

18.2 Demência

O aumento dos casos de demência no envelhecimento impacta diretamente a autonomia e a capacidade de autocuidado, especialmente na higiene bucal. A perda progressiva de funções cognitivas — como memória, linguagem, tomada de decisão e comportamento — torna essas pessoas cada vez mais dependentes de cuidadores para atividades básicas de saúde.

A Doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência, e a evolução clínica em estágios orienta o planejamento do cuidado. Nos estágios iniciais, o paciente costuma colaborar com o atendimento; porém, nas fases moderada e avançada, há maior comprometimento cognitivo, motor e de comunicação, tornando fundamental a assistência domiciliar focada no conforto e na qualidade de vida (BRASIL, 2019).

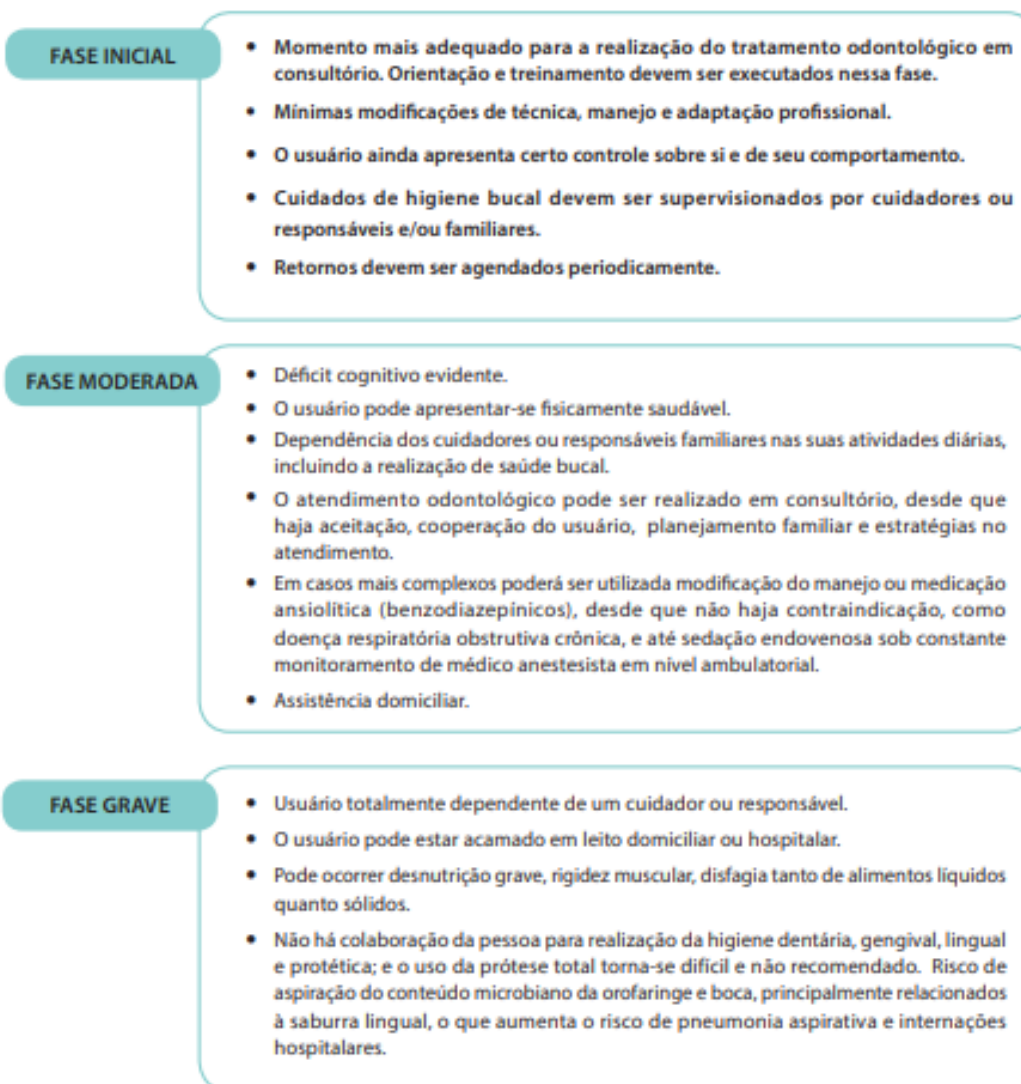
As condições bucais mais comuns nesse público incluem higiene deficiente, hipossalivação medicamentosa, maior prevalência de cárie e doença periodontal, saburra lingual, dificuldades mastigatórias e uso inadequado de próteses. A retirada das próteses durante o sono deve ser incentivada para prevenir estomatite protética.

A anamnese detalhada deve considerar comorbidades, uso de medicamentos e o estágio da doença, com articulação com o médico assistente quando houver necessidade de manejo comportamental ou medicamentoso. A disfagia, frequente nas fases avançadas, deve ser monitorada durante procedimentos clínicos e na higiene bucal diária.

Com a evolução da demência, há dificuldade em reconhecer e expressar dor; portanto, sinais indiretos — como recusa alimentar, alteração do sono, agitação e remoção da prótese — devem ser valorizados. O apoio e a capacitação dos cuidadores são essenciais para garantir higiene bucal adequada e prevenir agravos, reforçando estratégias simples de prevenção, comunicação acolhedora e acompanhamento regular.



Figura 10 – Fases da demência e cuidados à saúde bucal.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

O cirurgião-dentista deve atuar junto à equipe multiprofissional desde o diagnóstico da demência, planejando o cuidado ao longo da evolução da doença. Com o avanço do comprometimento cognitivo, o paciente perde autonomia para relatar dor, compreender e colaborar com o tratamento e manter a higiene bucal, tornando necessária a participação ativa de cuidadores. Quando houver incapacidade de decisão, o consentimento deve ser dado pelo responsável legal.



O atendimento deve ser simples, com consultas curtas, comunicação objetiva e repetitiva, ambiente acolhedor e presença do cuidador para reduzir ansiedade. Estratégias de distração e vínculo são fundamentais.

18.3 Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é uma condição neurodegenerativa progressiva, caracterizada principalmente por tremor em repouso, rigidez muscular, lentidão de movimentos e alterações da marcha, podendo resultar em instabilidade postural. Além das manifestações motoras, apresenta um amplo espectro de sintomas não motores, como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, dor, disfunção autonômica e declínio cognitivo, que podem evoluir para demência.

A prevalência aumenta com a idade, especialmente entre homens acima de 60 anos. Essas alterações motoras e cognitivas repercutem diretamente na saúde bucal, dificultando a higiene oral independente, o uso adequado de próteses e a coordenação durante os atendimentos odontológicos.

O cuidado odontológico deve ser adaptado às limitações físicas e cognitivas do paciente, com consultas curtas, técnicas simplificadas e apoio constante do cuidador. Estratégias de prevenção e manejo comportamental semelhantes às utilizadas em pessoas com demência devem ser priorizadas, valorizando o conforto, a segurança e a qualidade de vida.

Deve-se evitar bochechos devido ao risco de deglutição; usar gaze com antisséptico quando necessário.

Características bucais associadas à Doença de Parkinson.

Tremores dos lábios, línguas e movimentos mandibulares involuntários, que podem induzir à dor orofacial, ao desconforto da articulação temporomandibular, além de fraturas e desgastes dentários.
Dificuldades de alimentação: o ato mastigatório torna-se lento e pouco eficiente, há redução dos movimentos da língua, o que leva à dificuldade de formação e propulsão do bolo alimentar para a porção posterior da boca que, somados à disfagia (dificuldade de deglutição), tornam o processo de alimentação bastante lento e menos eficiente.
Dificuldade de abertura bucal, devido à rigidez da musculatura orofacial.
Controle precário da higiene bucal, em função das dificuldades citadas anteriormente.
Maior prevalência de cárie dentária e doença periodontal.
Dificuldade em colocar e retirar próteses dentárias removíveis.
Dificuldade de deglutição, decorrente da falta de controle neurológico.
Retenção de restos alimentares na cavidade bucal.
Sialorreia com acúmulo de saliva nas comissuras labiais, levando à irritação da pele e à queilite angular provocada por <i>Candida spp.</i> O acúmulo de saliva ocorre em função da dificuldade de deglutição da mesma.
Síndrome da ardência bucal: caracterizada pela sensação de queimação e dor na mucosa bucal, sem achados físicos ou por meio de exames. Acomete cerca de 25% dos indivíduos com Doença de Parkinson. É acompanhada por xerostomia e disgeusia, sinalizando a ocorrência da disautonomia. A língua é a região mais afetada (2/3 anteriores), seguida dos lábios, do palato, da mucosa bucal, do rebordo alveolar, da faringe e do assoalho de boca.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.



18.4 Paralisia Cerebral

A paralisia cerebral (PC) é um conjunto de distúrbios permanentes do movimento e postura, resultantes de lesões não progressivas no cérebro imaturo, sendo a principal causa de incapacidade física na infância. Embora a lesão seja estável, as manifestações clínicas podem evoluir com o crescimento. Além das alterações motoras, podem ocorrer déficits cognitivos, dificuldades de comunicação, alterações respiratórias, gastrointestinais, sensoriais e comportamentais.

As limitações motoras orofaciais, reflexos orais alterados, bruxismo, respiração bucal e dieta pastosa prejudicam a higiene bucal e aumentam o risco de cárie e doença periodontal, agravado por salivação alterada e hiperplasias gengivais associadas a medicamentos.

O atendimento odontológico deve iniciar precocemente, com avaliações regulares, técnicas de posicionamento adequadas, especialmente em casos de risco de broncoaspiração, além do uso de tecnologias assistivas e técnicas de estabilização. Estratégias de manejo comportamental, como “dizer–mostrar–fazer”, reforço positivo e dessensibilização, contribuem para o cuidado seguro e humanizado.



Abridor de boca confeccionado com espátula de madeira e fita crepe (BRASIL, 2019).



Abridor de boca confeccionado com garrafa PET (Arquivo pessoal)



Facilitador dorsal



Facilitador palmar



Facilitador dorsal



Escova adaptada



Facilitador de punho a polegar



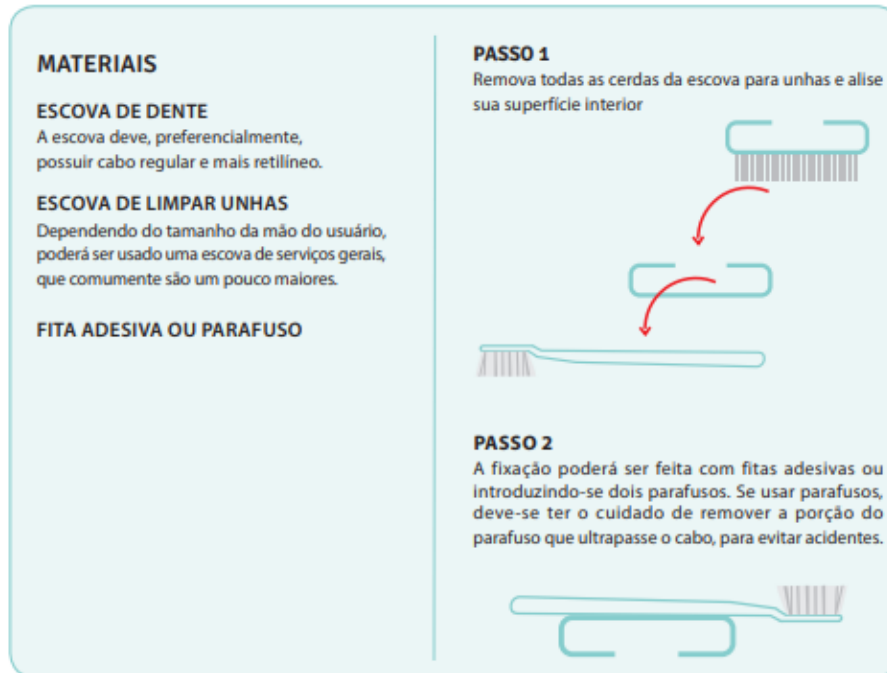
Adaptador universal

Fonte: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco (2013).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.



Figura 19 – Adaptação do cabo de escova de dente que pode ser realizada por usuários.



Fonte: Adaptado (UFPE, 2013).

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

19. ONCOLOGIA

O atendimento odontológico a pacientes oncológicos no domicílio é um componente essencial da assistência integral, especialmente em estágios avançados da doença ou durante tratamentos agressivos como quimioterapia, radioterapia ou terapia-alvo. A atuação do cirurgião-dentista nesse contexto busca promover conforto, prevenir complicações orais e garantir qualidade de vida, considerando as limitações clínicas, funcionais e emocionais desse perfil de paciente.

No ambiente domiciliar, o cuidado com a saúde bucal deve ser contínuo e adaptado à evolução do quadro oncológico. Muitas vezes, o paciente está imunossuprimido, frágil ou acamado, o que requer abordagens não invasivas, empáticas e seguras. As intervenções são, em sua maioria, voltadas à prevenção de infecções e ao alívio de sintomas orais decorrentes do tratamento oncológico.

Entre os agravos bucais mais comuns nessa população estão:



- Mucosite oral: inflamação da mucosa causada principalmente pela quimioterapia ou radioterapia, que pode gerar dor intensa, ulcerações e risco de infecção secundária;
- Xerostomia (boca seca): associada ao uso de medicamentos e à radioterapia de cabeça e pescoço;
- Infecções oportunistas, como candidíase;
- Dores neuropáticas ou miofaciais ligadas à musculatura mastigatória ou às estruturas adjacentes;
- Comprometimento da função mastigatória e deglutição, especialmente em pacientes com tumores de cabeça e pescoço;
- Necrose óssea por uso de medicação antirreabsortiva ou radioterapia.
- Trismo

As ações do cirurgião-dentista incluem:

- Avaliação clínica periódica, mesmo que apenas visual e tátil, para detecção precoce de alterações orais;
- Orientação individualizada sobre higiene bucal, adaptada às limitações motoras ou cognitivas do paciente;
- Prescrição de protocolos de higiene com escovas ultra macias, soluções antissépticas e flúor, sempre considerando a tolerância individual;
- Uso de laserterapia (fotobiomodulação) como medida segura e eficaz para alívio da dor e cicatrização da mucosa*;
- Ajustes em próteses dentárias para evitar feridas e atritos em mucosas fragilizadas;
- Controle da dor e inflamação com medicamentos tópicos ou sistêmicos, de acordo com discussão multiprofissional;
- Encaminhamentos e interconsultas com médicos, enfermeiros e farmacêuticos, quando necessário.

*Somente onde esta opção estiver disponível.

É fundamental que esse cuidado seja conduzido de forma humanizada, respeitando o estágio da doença e o desejo do paciente e seus familiares. O profissional deve adotar uma escuta sensível, mantendo um canal de comunicação claro com a equipe multiprofissional ou de cuidados paliativos e com os cuidadores envolvidos.

Em síntese, a odontologia domiciliar aplicada à oncologia não tem como objetivo principal realizar procedimentos complexos, mas sim prevenir agravos, promover conforto e manter a dignidade do paciente. Sua atuação integrada ao plano terapêutico geral é indispensável para evitar hospitalizações desnecessárias e contribuir positivamente com a experiência de cuidado em fases delicadas da vida.

20. FOTOBIMODULAÇÃO

A fotobiomodulação, também conhecida como laserterapia de baixa intensidade, tem sido reconhecida como tecnologia não invasiva com grande aplicabilidade em odontologia



domiciliar. Atua por meio da estimulação celular a partir da absorção de luz por cromóforos, desencadeando respostas biológicas que favorecem a reparação tecidual, analgesia e modulação da inflamação.

Na prática domiciliar, as principais indicações incluem:

- Mucosites e úlceras bucais;
- Dores neuropáticas;
- Disfunções da articulação temporomandibular;
- Edemas pós-traumáticos;
- Estímulo à cicatrização de feridas.

A escolha do tipo de laser (vermelho ou infravermelho), bem como os parâmetros de aplicação (energia, tempo, área irradiada), deve respeitar os princípios da dosimetria. O uso seguro da fotobiomodulação exige treinamento e monitoramento dos efeitos clínicos ao longo do tratamento e deve ser realizada somente por profissionais habilitados.

21. DESOSPITALIZAÇÃO

A desospitalização é um processo terapêutico e organizacional que visa a transferência segura e humanizada do paciente do ambiente hospitalar para o domicílio. Envolve planejamento multiprofissional, considerando a estabilidade clínica, o suporte familiar e as condições do domicílio.

Crítérios para desospitalização incluem:

- Estabilidade clínica;
- Ausência de necessidade de suporte intensivo contínuo;
- Existência de rede de apoio e infraestrutura mínima no domicílio;
- Consentimento da família ou responsável legal.

O cirurgião-dentista integra esse processo ao avaliar e intervir em quadros infecciosos bucais que poderiam comprometer a recuperação em casa. A atenção odontológica feita no domicílio favorece a recuperação e evita reinternações.

22. CUIDADOS PALIATIVOS

A odontologia em cuidados paliativos foca no alívio do sofrimento, promoção do conforto e dignidade, respeitando as fases finais da vida do paciente. A abordagem deve ser centrada na pessoa e suas necessidades biopsicossociais, atuando sobre sinais e sintomas que geram desconforto ou sofrimento oral.

As principais demandas odontológicas em pacientes em cuidados paliativos incluem:

- Controle de dor orofacial;
- Prevenção de infecções oportunistas;
- Tratamento de ulcerações e mucosites;
- Higiene bucal humanizada;



○ Orientação aos cuidadores sobre cuidados com a cavidade oral.

A comunicação ética com paciente e família é fundamental. Procedimentos devem ser minimamente invasivos e baseados em evidências, respeitando o prognóstico e os desejos do paciente. A odontologia tem papel fundamental na preservação da qualidade de vida, mesmo nos momentos finais.

Abordagem Odontológica	Finalidade do tratamento	Característica da indicação	Exemplos de tratamento
Reabilitadora	Restabelecer função mastigatória	Quando o paciente tem performance para se alimentar por via oral mas a falta dos dentes é o único limitador	1) Confecção de próteses dentárias fixas ou removíveis.
Extensiva	Remoção de foco de infecção ou inflamação	Quando o foco infeccioso ou inflamatório na região orofacial causar dor ou impacto negativo na condição sistêmica do paciente	1) Extrações dentárias; 2) Tratamento endodôntico; 3) Remoção do tecido cariado e restauração coronária; 4) Tratamento periodontal
	Tratamento de condições não infecciosas	Quando for imperativo clínico instituir um procedimento odontológico para a resolução da condição orofacial ou queixa do paciente/cuidador	1) Restaurações estéticas; 2) Outros possíveis procedimentos.
Preventiva	Acompanhamento periódico e preventivo	Durante toda a trajetória da doença até iniciar a fase final de vida	1) Orientações de higiene oral para prevenção de doenças bucais; 2) Profilaxia dentária.
Paliativa	Controle de sintoma	Está sempre indicado quando há qualquer sintoma/queixa do paciente	3) Prescrição de medicamentos tópicos ou sistêmicos para controle da dor, xerostomia, disgeusia ou outros sintomas; 4) Aplicação de laser de baixa potência;* 5) Orientação dietética; 6) Orientação de higiene oral e hidratação.
	Cuidados de conforto e dignidade	Quando o paciente está em fase final de vida ou em processo ativo de morte	7) Higiene oral de conforto; 8) Hidratação das mucosas orais 9) Escuta ativa e acolhimento dos familiares.
A abordagem odontológica deve ser um direcionamento do cuidado!			

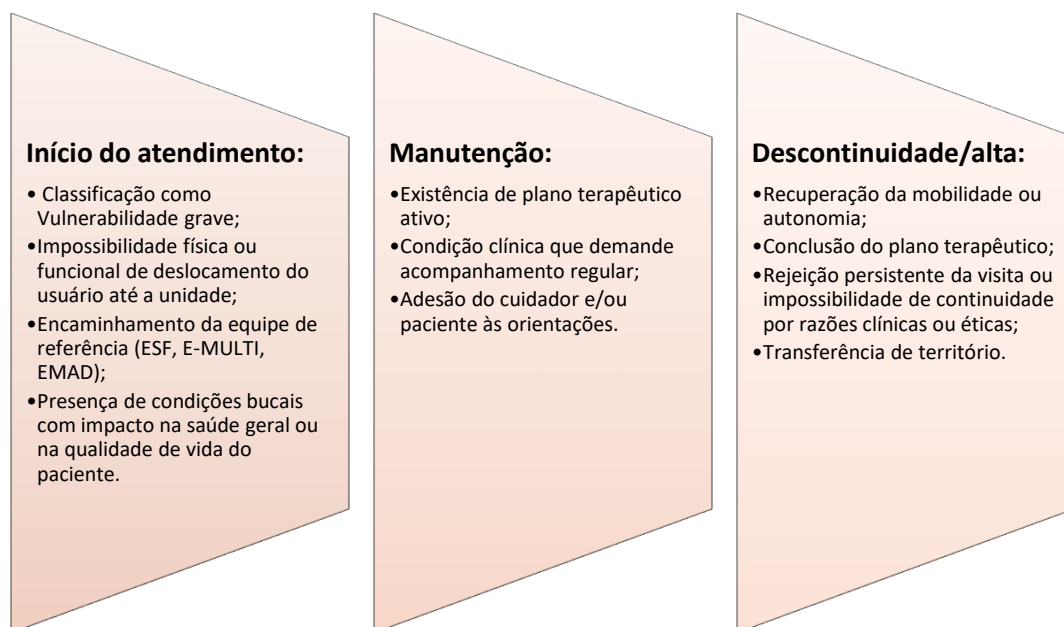


Fonte: Odontologia Domiciliar (Livro eletrônico) – CRO-SE. 1ed. 2024

* Para unidades que possuam o aparelho e profissional com habilitação.

23. CRITÉRIOS PARA INÍCIO, MANUTENÇÃO E DESCONTINUIDADE DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

O atendimento odontológico domiciliar deve respeitar critérios técnicos e éticos que assegurem o uso apropriado da modalidade. Sugere-se a adoção dos seguintes parâmetros:



Todos os casos devem ser documentados em prontuário, com justificativa técnica clara.

24. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE BUCAL

Para garantir qualidade, efetividade da atenção odontológica domiciliar, é necessário instituir indicadores de monitoramento sistemático. Sugere-se o acompanhamento mensal dos seguintes dados:

- Número total de visitas realizadas;
- Número de encaminhamentos para outros pontos da rede;
- Indicadores de desfecho.

Esses dados devem ser compartilhados com a gestão da unidade e utilizados para planejamento das ações futuras, além de compor os relatórios da equipe.



25. PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar deve extrapolar a dimensão clínica e oferecer espaço para ações de promoção de saúde bucal. A atuação educativa com cuidadores e familiares é fundamental para garantir autonomia e sustentabilidade do cuidado.

Sugestões de atividades:

- Orientações personalizadas de higiene bucal;
- Ensino de técnicas adaptadas de escovação e uso do fio dental;
- Demonstração do uso de escovas interdentais ou gaze;
- Distribuição de material educativo visual (cartazes, folders, vídeos curtos);
- Discussão sobre alimentação não cariogênica e hábitos prejudiciais;
- Treinamento para identificação precoce de alterações bucais (autoexame).

A prática educativa deve ser contínua, dialógica e sensível ao contexto sociocultural do domicílio.

25.1 Técnica de higiene oral em decúbito

A higiene oral em pacientes acamados ou com mobilidade reduzida exige adaptação das técnicas convencionais, visando prevenção de complicações sistêmicas, manutenção da saúde bucal e conforto do paciente. O objetivo é proporcionar uma higiene eficaz, prevenir mucosite, cárie, doença periodontal, halitose e infecções, garantindo segurança, evitando aspiração ou trauma oral.

Para a realização da higiene oral será necessário preparar previamente os materiais, incluindo: escova de dentes de cabeça pequena e cerdas macias ou escova adaptada para decúbito (com cabo longo ou em ângulo) ou ainda espátula de madeira envolvida em gaze, pasta dental adequada (com ou sem flúor, a depender da indicação e da capacidade de cuspir do paciente), gaze ou algodão embebido em solução de limpeza bucal (como solução salina 0,9% ou enxaguante bucal sem álcool), luvas descartáveis, máscara, avental, copo de água ou seringa para enxágue, recipiente para cuspir (copo, bacia pequena ou cuba rim) e, quando necessário, um pequeno espelho ou instrumento auxiliar para inspeção.

O posicionamento do paciente é fundamental para segurança e conforto (Ghezzi e Souza, 2016):

- Decúbito lateral: o paciente deitado de lado, com a cabeça levemente inclinada para frente, é a posição mais segura, evitando risco de aspiração durante o procedimento.
- Semi-reclinado: quando possível, elevar a cabeceira da cama a 30–45°, apoiando cabeça e tronco com travesseiros.
- Evitar decúbito dorsal completo, pois aumenta risco de aspiração.

O passo a passo do procedimento inclui:

1. Preparação do paciente: posicionamento adequado em decúbito lateral ou semi-reclinado, explicação do procedimento para paciente e cuidadores, garantindo colaboração e conforto.



2. Higiene dos dentes, gengivas e língua: escovação suave com movimentos circulares ou de varredura; caso o paciente não tolere escova, utilizar espátula com gaze, gaze ou algodão embebido em solução de limpeza bucal (enxaguante bucal sem álcool).
3. Enxágue e remoção de resíduos: auxiliar o paciente no enxágue, quando possível, ou utilizar gaze úmida para remover resíduos; secar delicadamente a boca para evitar trauma.
4. Higiene de próteses: remover próteses, realizar limpeza com escova específica e solução adequada, e recolocar apenas quando a mucosa estiver limpa e seca.
5. Finalização: reposicionar o paciente confortavelmente, descartar materiais utilizados, higienizar mãos e EPIs, e registrar o procedimento, incluindo dificuldades, alterações bucais ou intercorrências observadas.

Recomenda-se orientar o cuidador sobre a inspeção diária da mucosa oral para identificar sinais de lesões, infecções ou sangramentos, além de adaptar frequência e técnica de acordo com o nível de dependência do paciente. A comunicação constante com cuidadores e equipe multiprofissional é essencial para garantir cuidados contínuos e prevenir intercorrências.

26. INTEGRAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atuação da saúde bucal na atenção domiciliar deve estar integrada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), respeitando o princípio da integralidade.

Recomenda-se que a equipe atue em conjunto com:

- Equipes de Atenção Domiciliar (EMAD);
- Serviços de atenção especializada em odontologia (CEO-CISCOPAR);
- Assistência farmacêutica, enfermagem, nutricionista, médica e assistência social;
- Unidades hospitalares e serviços de urgência (quando necessário).

Essa integração possibilita o compartilhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e favorece o cuidado longitudinal.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN ACADEMY OF ORAL MEDICINE. *Dental management of patients with chronic kidney disease*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017;123(2):175–182.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. *Dental management of patients with liver disease*. JADA, 2020;151(5):392–401.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Standards of Medical Care in Diabetes – 2025*. Diabetes Care, 2025;48(Suppl 1).
- ANDRADE, P.C.S. et al. Atuação da equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família na atenção domiciliar de idosos acamados. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 19413–19420, jul./ago. 2023.
- BIZERRIL, D.O. et al. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1–8, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus*. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hepatites Virais*. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de atenção domiciliar em saúde bucal*. Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 2*. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Especializada: Doença Renal Crônica*. Brasília: MS, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília: MS, 2013.
- CHALMERS, J. M., & PEARSON, A. *Oral health care for dependent patients*. *Gerodontology*, 22(1), 1–9, 2005. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2005.00028.x>
- Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2015). *Manual de Odontologia Hospitalar*.
- COSTA, L. R. S. et al. *Abordagem odontológica do paciente renal crônico*. *Rev Odontol UNESP*. 2020;49:e20200022.
- CRO-SE. *Manual de Odontologia Domiciliar*. Sergipe: CRO-SE, 2024. ISBN 978-65-00-93511-0.
- GHEZZI, E. M., & SOUZA, R. M. *Odontologia em pacientes acamados e especiais*. São Paulo: Santos, 2016.
- HAMZEH-COGNASSE, H.; COGNASSE, F.; BERTOLETTI, L. Anticoagulants: A short history, their mechanism of action, pharmacology, and indications. *Cells*, v. 11, n. 20, p. 3214, 2022. DOI: 10.3390/cells11203214.
- JAMOULLE M. *Prevention quaternary: first, do not harm*. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1–5. doi:10.5712/rbmfc10(35)1013.
- LIMA, D. C. M. et al. *Condutas odontológicas em pacientes com comprometimento hepático: revisão integrativa*. *Arch Health Invest*. 2021;10(6):939–946.



- MACIEL, J.A.C. et al. Quando a saúde bucal bate à porta: protocolo para a atenção domiciliar em odontologia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 614–620, 2016. DOI: 10.5020/18061230.2016.p614.
- MACQUEEN, B. C.; CHRISTENSEN, R. D.; HENRY, E.; BENNETT, S. T.; YAISH, H. M. The differential of the blood count in neonates: what is normal and abnormal. *Journal of Perinatology*, v. 36, n. 1, p. 19–23, 2016. DOI: 10.1038/jp.2015.154.
- MENDES, M. F. et al. *Abordagem odontológica do paciente diabético: revisão integrativa*. Arch Health Invest. 2022;11(8):1377–1383.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. *KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update*.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde — SESA-PR. *Linha de cuidado em saúde bucal*. 3. ed. Curitiba: SESA, 2021.
- REZENDE, C. P. et al. *Aspectos clínicos e condutas odontológicas em pacientes diabéticos*. Rev Bras Odontol, 2019;76(1):1–6.
- ROSA, S.O. et al. Atenção do cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família no atendimento domiciliar à pacientes acamados: revisão de literatura. *Arch Health Invest*, v. 10, n. 8, p. 1330–1336, 2021.
- SILVA, R.M. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2259–2268, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.15992018.
- SONIS, S. T. The pathobiology of mucositis. *Nature Reviews Cancer*, 4(4), 277–284. 2004. <https://doi.org/10.1038/nrc1318>
- STARFIELD B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- WHO. *Guidelines for the Prevention, Care and Treatment of Persons with Chronic Hepatitis B Infection*. Geneva: World Health Organization, 2015.
- WILKINS, E. M. *Clinical Practice of the Dental Hygienist* (14th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. 2020.



Anexo 1

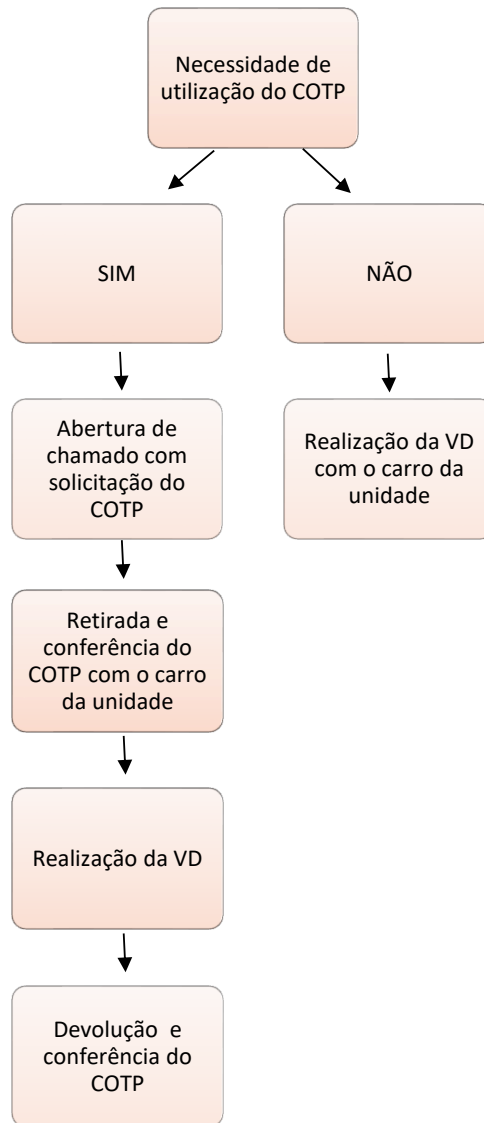
IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20		Pontuação	
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE	1. Qual é a sua idade? () 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ²		
AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ¹ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ¹ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ¹ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ¹ () Não	Máximo 4 pts	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ¹ () Não		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não		
MOBILIDADE	Alcance, prensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não		
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
		PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)	



Anexo 2

FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DO COTP





Para Atendimento Domiciliar:

- o equipamento ficará armazenado na UBS Centro de Saúde
- o equipamento estará disponível nas sextas-feiras o dia todo
- solicitar o equipamento por meio da abertura de chamado no site da PMT:

Servidor- Chamados - Saúde Manutenção Predial – login e senha – Abrir Chamado – Saúde

– Local de atendimento: domicilio - Tipo de chamado (Manutenção de Equipamentos Odontológicos) – Agendar retirada do COTP.

- O equipamento deverá ser retirado pela equipe de saúde bucal (ASB, TSB ou CD)
- Utilizar veículo da UBS para o transporte.
- No período da manhã: Retirar a partir das 8h com a ASB Centro de Saúde (manhã), devolução até 11h;
- No período da tarde: Retirar a partir das 13h com ASB eAPP (tarde), devolver até às 17h;
- Será feita a conferência dos componentes do equipamento no momento da retirada e devolução, conforme check-list (Anexo 3).

A ASB Centro de Saúde (manhã) e ASB eAPP (tarde) serão responsáveis:

- pelo acompanhamento e andamento no site, da solicitação para a utilização do consultório odontológico transportável pneumático pelas equipes.
- pela conferência (seguir check list) do equipamento no momento da retirada e devolução.



Anexo 3

Check List para conferência do Consultório Odontológico Portátil (observar os itens presentes e avarias)

UBS Solitante:			Responsável:
Data Empréstimo: ____/____/____ Data Devolução: ____/____/____	Confere Entrega	Confere Devolução	Observação
Bolsa Contendo:			
Cadeira odontológica dobrável			
Encosto de cabeça avulso			
Banqueta dobrável			
Suporte para o refletor			
Refletor e fonte de energia			
Suporte para cuspeira e bandeja			
Cuspeira e reservatório da cuspeira			
Bandeja			
Porta copo			
Extensão de energia com 3 entradas			
Mala Contendo equipo portátil			
Ultrassom			
Caneta do ultrassom			
Frasco/reservatório de água limpa			
Compressor odontológico- testar funcionamento			
Frasco reservatório para saliva (galão de produto de limpeza)			

Visto da conferência entrega: _____

Visto da conferência devolução: _____



Anexo 4

Montagem e desmontagem do Conjunto Odontológico Transportátil Pneumático

O conjunto destina-se ao uso odontológico, e está composto por:

- Uma embalagem / bolsa contendo: uma cadeira odontológica para acomodação do paciente (carga máxima 90kg), com embalagem específica; um refletor; uma banqueteta/mocho;
- Uma mala contendo: Um equipo pneumático, composto de: seringa tríplice, alta e baixa rotação, sugador, suporte de pontas com acionamento automático, pedal de comando progressivo, ultrassom e jato de bicarbonato odontológico;
 - Unidade auxiliar para coleta de dejetos através da cuspeira;
 - Fotopolimerizador odontológico;
 - Um compressor odontológico.

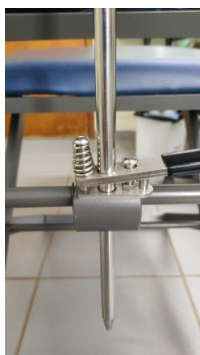
Para que o atendimento aconteça de forma segura e com qualidade são necessários:

- escolher um local seguro e ventilado para montar o equipamento;
- se atendimento domiciliar: manter o ambiente livre de móveis, pessoas, animais que possam interferir no atendimento e passíveis de facilitar a contaminação.

Passo a passo para a montagem do Equipamento Odontológico Portátil

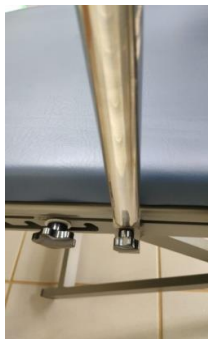
Da cadeira :

Abrir a sacola/embalagem da cadeira transportável e montar a cadeira em local seguro. (foto). Após abrir a cadeira dobrável, posicionar o encosto na posição desejada e travar o encosto colocando a trava na posição, conforme foto da trava.





Instalar o braço suporte para refletor, cuspeira e bandeja.



Instalar a cuspeira e rosquear o frasco para resíduos/saliva



Instalar o braço suporte da bandeja.



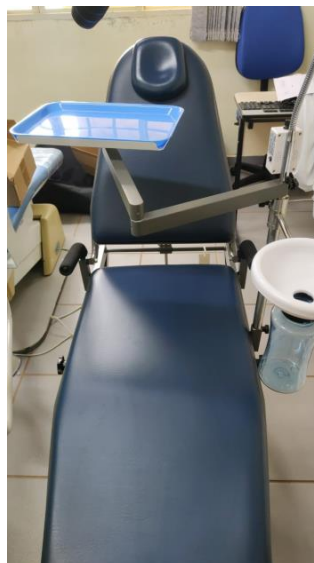
Instalar a bandeja.



Regular a posição da bandeja.



Instalar o refletor.



Do equipo:

Abrir a maleta que contém o equipo

Abastecer as duas garrafinhas, que são os reservatórios de água

Ligar a extensão elétrica em uma tomada de tensão 127v e, posteriormente, acionar o interruptor localizado no filtro de linha à esquerda da maleta.



Conectar o contra-ângulo multiplicador ao micromotor elétrico.

Ligar o motor e selecionar o modo pelo qual quer operar (sem água – baixa rotação e com água – alta rotação). O botão DIMMER deve ser acionado para regular a velocidade do micromotor

Refletor voltagem 127V, deve ser ligado direto na rede elétrica.

Ligar o compressor (127V) na tomada

Ligar o botão liga /desliga.

Assinaturas

Página: 1



Documento: 52748/2025 - Manual de Atendimento Domiciliar - Odontologia.pdf

Data: 03/12/2025 15:39:17

Assinatura avançada realizada por: ADRIANE MONTEIRO SANTANA em 03/12/2025 16:14:33.

Assinatura avançada realizada por: CAROLINE FERNANDES MARIN DE TOLEDO em 03/12/2025 15:39:27.

Assinatura avançada realizada por: KARLA DAYANNA DE ALMEIDA LORENSETTI ROMAN em 03/12/2025 18:11:06.



Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

<http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#/consulta-anexo-assinado/entidade/136> com

o código 917eb249-21d0-40f1-9d9f-fb63685bc074