

Protocolo para o Atendimento em Implantodontia no Município de São Paulo

Prefeito de São Paulo

RICARDO LUÍS REIS NUNES

Secretário Municipal de Saúde de São Paulo

LUIZ CARLOS ZAMARCO

Secretário Adjunto Municipal de Saúde de São Paulo

MAURICIO SERPA

Chefe de Gabinete da Saúde

ARMANDO LUIS PALMIERI

Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

SANDRA SABINO FONSECA

Coordenadoria da Atenção Básica

GISELLE CACHERIK

Assessoria de Saúde Bucal – SMS

MARTA LOPES DE PAULA CIPRIANO

LÚCIA LANGANKE DE OLIVEIRA

SAMANTA PEREIRA DE SOUZA

THAIS STAUT ZUKERAN

Interlocutores de Saúde Bucal – CRS

ANA ELISA AOKI

DANIELLE DE CASSIA SOUZA MACEDO

KAREN MULLER RAMALHO

LUIS ROBERTO SUMAN

MARCIO HENRIQUE SANCHES

REGINA SALDANHA GONÇALVES

SANDRO MARCELO RIBEIRO GARCIA

Grupo de Trabalho de Implantes

ANDREA ORLANDO ROSSI BERNAL

ANA CAROLINA DO VALLE DE MOURA LEITE

BRUNO NUNES DE FRANÇA

FÁBIO KUROGI ALVAREZ

FRANCIS HENRIQUE DO NASCIMENTO TSURUMAKI

EANDRO MULFORD PEDROSO

RICARDO LUIZ PISCIOLARO

SUMÁRIO:

Lista de abreviaturas	4
Objetivos	5
Introdução	5
Informações sobre portaria nº 718 SAS/MS, 20 de dezembro de 2010	6
Critérios de inclusão e de exclusão para Implantodontia na SMS – SP	9
Instruções para encaminhamento ao Centro de Especialidade Odontológica	11
Atendimento ao paciente no Centro de Especialidade Odontológica	12
Referências bibliográficas	21
Anexo nº 01	24
Anexo nº 02	27

LISTA DE ABREVIATURAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária em Saúde
ASA	<i>American Society of Anesthesiology</i>
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTMFL	Centro de Tratamento da Má Formação Labiopalatal
eSB	Equipe de Saúde Bucal
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
mm	Milímetros
MS	Ministério da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PA	Pronto atendimento
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIGA	Sistema Integrado de Atendimento
SMS - SP	Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Tempo de sangramento
TC	Tempo de coagulação
TP	Tempo de protrombina
TTPA	Tempo de tromboplastina parcial ativado
INR	Razão Normalizada Internacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

1. Objetivo:

O objetivo deste protocolo e suas diretrizes é o de orientar aos profissionais da Rede de Saúde Bucal da Prefeitura do Município de São Paulo para o atendimento na especialidade de Implantodontia Oral que será ofertada nos Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) do município de São Paulo.

2. Introdução:

Atualmente, além do atendimento realizado nos CEOs para reabilitação com próteses convencionais- prótese total, parcial removível e fixas -, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) contam com profissionais que realizam atendimento para prótese dentária – prótese total e parcial removível - em 20% da sua carga horária, o que possibilitou a instalação de 39217 próteses dentárias no período de janeiro a agosto de 2022.

A implantação da especialidade de implantodontia em nosso município tem como objetivo oferecer alternativa de reabilitação para pacientes que apresentam casos complexos e de difícil solução por meio de próteses convencionais.

Os implantes dentários representam uma solução reabilitadora com índices expressivos de sucesso apoiados em resultados de acompanhamento clínico exaustivamente reportados na literatura odontológica.

A reabilitação com implantes dentários é complexa com envolvimento de procedimentos cirúrgicos e protéticos.

A especialidade foi desenvolvida a partir dos estudos sobre a osseointegração que é um processo biológico similar ao da cicatrização que consiste na ancoragem do implante ao tecido ósseo permitindo que este implante possa suportar carga funcional. Na arcada inferior é concluído após 4 meses do procedimento cirúrgico de instalação do implante e na arcada superior após 6 meses.

A osseointegração torna possível a realização de casos complexos na reabilitação de pacientes edêntulos parciais e totais já que se baseia na possibilidade de ter

suporte, através dos implantes, para reabilitações protéticas em zonas onde não há mais a presença de elementos dentários.

3. Informações sobre Portaria nº 718 SAS/MS, 20 de dezembro de 2010:

Os procedimentos referentes ao “Implante dentário osteointegrado” e “Prótese dentária sobre implante” foram instituídos pela Portaria nº 718 SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, para as especialidades de Implantodontia e Prótese ofertadas nos CEO e Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal (CTMFL).

PROCEDIMENTO:	04.14.02.042-1 - IMPLANTE DENTÁRIO OSTEINTEGRADO
Descrição:	Procedimento cirúrgico para instalação de implante osteointegrado, inclui o implante.
Origem:	04.14.02.018-9
Complexidade:	Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Procedimento Principal);
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	260,10
Valor Ambulatorial Total:	260,10
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	0,00
Valor Hospitalar Total:	0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 mês(es)
Idade Máxima:	130 ano (s)
Quantidade Máxima:	6
CBO:	223293, 223204, 223208, 223212, 223216, 223220, 223224, 223228, 223232, 223236, 223240, 223244, 223248, 223252, 223256, 223260, 223264, 223268, 223272, 223276, 223280, 223284, 223288
CID:	Q351, Q353, Q355, Q359, Q360, Q361, Q369, Q370, Q371, Q372, Q373, Q374, Q375, Q378, Q379, Q380, Q381, Q382, Q383, Q384, Q385, Q386, Q751, Q754, Q755, Q759, K00, K000, K081.
Habilitação:	0401 – Centro de tratamento da má formação labiopalatal; 0403 – Centro de Especialidade Odontológica - CEO I; 0404 – Centro de Especialidade Odontológica - CEO II; 0405 – Centro de Especialidade Odontológica - CEO III

Fonte: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, PORTARIA Nº 718, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html

PROCEDIMENTO:	07.01.07.015-3 - PRÓTESE DENTÁRIA SOBRE IMPLANTE
Descrição:	Prótese dentária feita sobre os implantes, utilizando-os como pilares. Podendo ser cimentada ou parafusada.
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	300,00
Valor Ambulatorial Total:	300,00
Valor Hospitalar SP:	0,00
Valor Hospitalar SH:	0,00
Valor Hospitalar Total:	0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	10 ano(s)
Idade Máxima:	130 ano(s)
Quantidade Máxima:	6
CBO:	223208, 223224, 223248, 223252, 223256, 223264, 223268

Fonte: Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, PORTARIA Nº 718, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2010. ANEXOS. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/anexo/anexo_718_20_12_2010.pdf

Nota técnica do Ministério da Saúde orienta sobre o registro dos procedimentos “implante dentário osteointegrado” e “Prótese dentária sobre implante”:

- ✓ Paciente necessita de uma overdenture: deve-se registrar, no máximo, seis vezes o procedimento “04.14.02.042-1 Implante dentário osteointegrado” e uma única vez o procedimento “07.01.07.075-3 Prótese dentária sobre implante”



Figura n. 03: Dois + 1 prótese total fixa (a quantidade máxima devem ser seis implantes por paciente).

Portanto, a quantidade máxima de procedimento que deverá ser efetuado por APAC principal assinado é seis para “Implante dentário osteointegrado” e uma para “Prótese dentária sobre implante “. Assim, **independente do quantitativo de implantes utilizados para suportar a prótese (sendo no máximo 6 implantes no máximo), o valor a ser faturado por prótese confeccionada e instalada será R\$300,00 (trezentos reais).**

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO PARA IMPLANTODONTIA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (SMS-SP)

Apesar do alto índice de sucesso, a possibilidade de insucesso na reabilitação oral com implantes existe e para que seja evitada, além de um bom diagnóstico e planejamento do caso, é imprescindível a utilização de critérios claros de seleção de pacientes e a avaliação de riscos inerentes a esse tipo de tratamento.

A SMS – SP adotará critérios de inclusão e exclusão para o tratamento em Implantodontia que serão descritos a seguir:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes que não possuem prótese total inferior e apresentam atrofia de rebordo alveolar mandibular;
- Insucesso de próteses totais inferiores: falta de estabilidade da prótese total mandibular por insuficiência de rebordo alveolar (atrofia ou hipotrofia mandibular), com remanescente ósseo suficiente para a instalação de no máximo 3 implantes osseointegrados (overdenture), sem a necessidade de cirurgia de maior complexidade como enxertos;
- Espaço protético adequado e altura protética mínima para a instalação da prótese;
- Boas condições sistêmicas avaliadas por meio de exames clínicos e laboratoriais;

- Condições motoras e cognitivas para um bom controle do biofilme (condições de adotar práticas de autocuidado com a saúde bucal).
- Para a inclusão de pacientes para tratamento em Implantodontia Oral, deve-se levar em consideração a classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA)*.

Essa classificação se baseia no estado físico de cada paciente.

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

Os indivíduos enquadrados em ASA I e II podem ser submetidos ao tratamento reabilitador oral com implantes nos CEOs do município de São Paulo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pessoas menores de 18 anos de idade;
- Pessoas com próteses totais e/ou removíveis e/ou fixas com estabilidade adequada;

- Remanescente ósseo insuficiente para colocação de implantes: altura óssea inferior a 10 mm (milímetros);
- Doença periodontal envolvendo perda de inserção óssea alveolar e profundidade de sulco igual ou maior que 5 mm e/ou qualquer grau de comprometimento de furca e/ou qualquer grau de mobilidade em qualquer elemento dental, exceto para casos de mobilidade grau 1 caracterizando caso com saúde em periodonto reduzido;
- Não serão instalados implantes na região de molares;
- Comprometimento de habilidades motoras e /ou cognitivas (como demência senil moderada ou severa), limitantes ou impeditivas para bom controle de biofilme;
- Limitação de abertura de boca.
- Não serão reabilitados os casos em que os implantes osseointegrados não foram instalados pelos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.
- Pacientes tabagistas;
- Uso de drogas que afetam o metabolismo ósseo;
- Pacientes que estejam com tratamento ortodôntico em andamento;
- Pacientes portadores de doenças infectocontagiosas em sua fase aguda ou de transmissibilidade que requeiram tratamento específico
- Pacientes submetidos a radioterapia em região de cabeça e pescoço.

5. Instruções para o encaminhamento ao CEO:

O agendamento das consultas é feito através do Sistema Integrado de Atendimento (SIGA) Saúde por um profissional regulador da UBS.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos cirurgiões dentistas (CDs) lotados nas UBSs observando os critérios de inclusão e exclusão para a especialidade. Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) não podem referenciar o usuário ao CEO.

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na ficha referência/contrarreferência, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Assinatura, nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS (Sistema Único de Saúde) e telefone do paciente;
- Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;
- No campo motivo do encaminhamento deve estar escrito “encaminhamento para a avaliação e conduta para região dos elementos dentários _____”.

A possibilidade de realizar a reabilitação oral com utilização de implantes dentários gera grande expectativa nos pacientes. É responsabilidade da equipe de saúde bucal (eSB) da UBS orientar o paciente para os critérios de inclusão e exclusão na especialidade bem como a necessidade de realização de exame clínico pelo especialista no CEO, que auxiliado pelos exames laboratoriais e radiográficos decidirá qual o tratamento reabilitador mais indicado para cada caso.

Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

É imprescindível que a redação do Impresso de Referência/Contrarreferência seja realizada de forma legível.

Importante reforçar que a UBS é a coordenadora do cuidado ao paciente e deve ser informada através da devolução do Impresso de Referência/Contrarreferência de qual foi a conduta adotada no CEO.

Antes do encaminhamento para a Implantodontia é indispensável um preparo prévio da cavidade oral, com reforço das orientações de higiene bucal.

Ainda, previamente ao encaminhamento é importante conferir se há interesse do usuário por realizar a cirurgia de colocação de implantes e a reabilitação protética, devem destacar a necessidade de corresponsabilidade no que se refere ao autocuidado para o controle do biofilme dentário de forma que se obtenham bons resultados com os implantes e reabilitação.

O paciente precisa estar ciente quanto as etapas do tratamento reabilitador com implantes dentários, tempo estimado de duração do tratamento e quais os cuidados que deve ter durante e após a reabilitação oral.

6. Atendimento ao paciente no Centro de Especialidade Odontológica:

A equipe de implantodontia será composta pelos seguintes profissionais:

- 1 Cirurgião dentista com **especialização em Implantodontia** com carga horária de 20 horas semanais com agenda para procedimentos cirúrgicos;
- 2 Cirurgiões dentista com carga horária de 20 horas semanais ou 1 Cirurgião dentista com carga horária de 40 horas com **especialização em Implantodontia e/ou Prótese** para a realização de próteses sobre implantes, exclusivamente. Este profissional iniciará suas atividades no oitavo mês após o início das atividades da especialidade;
- 2 Auxiliares em Saúde Bucal- ASB 40 horas. Estes profissionais devem ter comprovada **experiência de atuação na área de implantodontia oral**;

A agenda dos profissionais que vão compor a equipe de atendimento em implantodontia oral foi delineada considerando-se os seguintes tempos de cada um dos procedimentos:

Primeira consulta / avaliação inicial	40 minutos
Consulta de planejamento	60 minutos
Consulta de prótese	60 minutos
Consulta de pós-operatório	30 minutos

Consulta de urgência / manutenção	60 minutos
Procedimento cirúrgico	110 minutos

Configuração da agenda:

CIRURGIÃO IMPLANTODONTISTA 20 HORAS			
PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DIÁRIA	QUANTIDADE SEMANAL	QUANTIDADE MENSAL
CONSULTA PRIMEIRA VEZ	1	5	20
PLANEJAMENTO	1	5	20
CIRURGIA	1	5	20
PÓS-OPERATÓRIO	1	5	20

IMPLANTODONTISTA E/OU PROTESISTA 40 HORAS A PARTIR DO OITAVO MÊS DE ATENDIMENTO			
PROCEDIMENTO	QUANTIDADE DIÁRIA	QUANTIDADE SEMANAL	QUANTIDADE MENSAL
CONSULTA DE PRÓTESE	6	30	120
CONSULTA DE MANUTENÇÃO / URGÊNCIA	2	10	40

A agenda do implantodontista de 20 horas pode ser montada em SIGA de acordo com a sugestão a seguir:

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
07:00	Primeira vez	Primeira vez	Primeira vez	Primeira vez	Primeira vez
07:40	Planejamento	Planejamento	Planejamento	Planejamento	Planejamento
08:40	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia	Cirurgia
10:30	Pós - operatório	Pós - operatório	Pós - operatório	Pós - operatório	Pós - operatório

A agenda do profissional de 40 horas pode ser montada em SIGA de acordo com a sugestão a seguir:

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
07:00	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
08:00	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
09:00	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
10:00	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência
11:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
12:00	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
13:00	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
14:00	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese	Prótese
15:00	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência	Manutenção/ urgência

Para estimar o número de pacientes a serem atendidos por cada equipe foram estabelecidas algumas premissas:

- Após a realização da consulta de planejamento, o paciente deve ser operado em no máximo 2 meses;
- Consultas de prótese – periodicidade quinzenal;

- Tratamento protético – concluído em uma média de 8 consultas.
- No primeiro mês de atendimentos, serão realizadas somente 40 consultas de primeira vez. Apesar da capacidade ser de maior número de consultas iniciais, este número de atendimentos deve ser respeitado para que não ocorram filas de espera que acarretem em necessidade de repetição de exames laboratoriais ou de imagem.
- As consultas de prótese só ocorrerão a partir do oitavo mês de serviços iniciados.

Abaixo há uma planilha com a previsão de fluxo de pacientes no serviço para cada equipe instalada, com a previsão de férias dos profissionais.

Após o primeiro ano de atendimento da especialidade, a capacidade instalada por CEO será de 60 pacientes com tratamento concluído. Nos próximos anos a média de tratamentos iniciados e concluídos será da ordem de 180 pacientes, por equipe de implantodontia.

O tempo de tratamento de cada paciente, em média, será de 11 meses.

MÊS	CONSULTA 1ª VEZ	PLANEJAMENTO	CIRURGIA	PÓS-OPERATÓRIO	PACIENTES AGUARDANDO OSSEOINTEGRAÇÃO / INÍCIO DO TRATAMENTO PROTÉTICO	PACIENTES EM TRATAMENTO DE PRÓTESE	CONSULTA DE PRÓTESE	ALTA	OBSERVAÇÃO
1	40	0	0	0	0	0	0	0	
2	20	20	20	20	20	0	0	0	
3	20	20	20	20	40	0	0	0	
4	20	20	20	20	60	0	0	0	
5	20	20	20	20	80	0	0	0	
6	20	20	20	20	100	0	0	0	
7	20	20	20	20	100	0	0	0	
8	20	20	20	20	60	60	120	0	INÍCIO PROTESISTA

9	20	20	20	20	80	60	120	0	
10	20	20	20	20	100	60	120	0	
11	20	20	20	20	40	60	120	60	
12	20	20	20	20	40	60	120	0	FÉRIAS CIRURGIÃO
13	20	20	20	20	60	60	120	0	
14	20	20	20	20	80	60	120	0	
15	20	20	20	20	20	60	120	60	
16	20	20	20	20	40	60	120	0	
17	20	20	20	20	60	60	120	0	
18	20	20	20	20	80	60	120	0	
19	20	20	20	20	20	60	120	60	
20	20	20	20	20	40	60	120	0	FÉRIAS PROTESISTA
21	20	20	20	20	60	60	120	0	
22	20	20	20	20	80	60	120	0	
23	20	20	20	20	20	60	120	0	
24	20	20	20	20	40	60	120	60	

Na primeira consulta no CEO, o usuário deve receber orientações sobre como deverá ser o tratamento com implantes osseointegrados, higiene e manutenção, tanto da prótese quanto da região em torno dos implantes (tecidos periimplantares).

Nesta oportunidade, o CD deverá realizar exame clínico intra e extra oral, anamnese com atenção especial para a história médica, medicações em uso e antecedentes alérgicos.

Deverão ser solicitados, para todos os pacientes, exames complementares os quais são fundamentais para a decisão sobre a viabilidade da reabilitação oral com implantes e planejamento cirúrgico-protético do caso:

- Exames laboratoriais:

Todos os pacientes que se enquadrem nos critérios de inclusão para tratamento em implantodontia deverão realizar os seguintes exames laboratoriais:

- Hemograma completo;
 - Coagulograma: tempo de sangramento (TS), tempo de coagulação (TC), tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPA), razão normalizada internacional (INR);
 - Ureia;
 - Creatinina;
 - Fosfatase alcalina;
 - Hemoglobina glicada;
 - Urina.
-
- Exames de imagem:

100% dos pacientes que se enquadrem nos critérios de inclusão para tratamento em implantodontia deverão realizar tomografia computadorizada por arcada seguindo o descritivo abaixo:

Tomografia computadorizada da face, impressa em papel apropriado e que propicie perfeita visualização da imagem e gravação em CD. Deverá acompanhar laudo com as descrições das alterações e das particularidades visualizadas (impresso em papel e gravado no CD). A mensuração deve ser em tamanho real na proporção de 1:1 e a reconstrução axial realizada em cortes de 1mm. A distância entre os cortes tomográficos deverá ser de 0,5 a 5 mm, conforme solicitação do requisitante. A reconstrução tridimensional das estruturas selecionadas será em 3D. A tomografia computadorizada deve apresentar nitidez, contraste, precisão e detalhes, atendendo perfeitamente as necessidades do requisitante.

A segunda consulta odontológica no CEO será realizada quando os exames laboratoriais e de imagem estiverem prontos.

Nesta etapa serão avaliados os exames e, se o paciente estiver apto a realizar a reabilitação cirúrgico-protética, o planejamento do tratamento deverá ser executado.

A maioria dos casos com necessidade de reabilitação implanto-suportada são complexos, com ausência múltipla de dentes, portanto é de suma importância que o planejamento ocorra com o objetivo de promover o bem estar estético-funcional dos pacientes respeitando o disposto na portaria ministerial nº 718 de 20 de dezembro de 2010 que determina instalação de no máximo 6 implantes dentários por paciente.

Desta forma, há a necessidade de priorização daquelas regiões onde a instalação de implantes é a única opção terapêutica viável para o tratamento reabilitador.

Além disso, para casos em que a reabilitação necessite ocorrer com mais de uma etapa cirúrgica e protética, deve-se iniciar o tratamento pela área de maior comprometimento funcional e / ou estético com a devida orientação do paciente sobre esta opção.

Já está estabelecido na literatura científica da área de implantodontia, que o sucesso do tratamento é alcançado quando aliamos um apurado diagnóstico e plano de tratamento com criteriosa execução da técnica operatória.

O planejamento reabilitador deve ser registrado e arquivado em prontuário do paciente.

O paciente e / ou responsável devem receber instruções verbais e escritas sobre o tratamento e assinar o termo de consentimento livre esclarecido (anexo nº 01).

O agendamento do procedimento cirúrgico deve ser feito nesta segunda consulta.

A cirurgia para instalação dos implantes deve obrigatoriamente ocorrer no máximo dois meses após a consulta de planejamento para que os exames de diagnóstico não precisem ser refeitos.

Todos os pacientes deverão receber o formulário de orientações sobre procedimentos cirúrgicos de instalação de implantes dentários osseointegrados (Anexo nº 02).

As normas de biossegurança preconizadas para cirurgia ambulatorial devem ser rigorosamente seguidas, particularmente nos cuidados com os implantes que serão instalados na cavidade bucal, atendendo às normas do fabricante.

Após o procedimento cirúrgico, o cirurgião-dentista poderá prescrever fármacos do rol dos antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos respeitando a lista de medicamentos disponível na rede de atenção básica do município (REMUME).

Preconiza-se que a consulta de pós-operatório deva ocorrer no mínimo 7 dias após a realização do procedimento cirúrgico, sendo que este prazo pode ser alterado de acordo com a avaliação da eSB.

Deve ser respeitado o período de osseointegração que para implantes dentários instalados em maxila é de no mínimo 6 meses e mandíbula 4 meses.

Para o início do tratamento protético, em 100% dos casos, será solicitada a radiografia panorâmica.

As etapas do tratamento protético estão divididas em casos de reabilitação para a confecção de overdenture e de próteses fixas, que diferem em seus procedimentos e tempo de execução.

Estima-se que, em média a etapa protética da reabilitação com implantes ocorra em aproximadamente 8 sessões com intervalo quinzenal.

REABILITAÇÕES POR OVERDENTURES:

1. Consulta inicial do tratamento protético com solicitação de radiografia panorâmica;
2. Reabertura dos elementos implantados para a instalação de Cicatrizadores conforme necessário;
3. Moldagem anatômica das arcadas para a delimitação da área chapeável e confecção de moldeiras individualizadas.

4. Moldagem funcional para obtenção dos modelos de trabalho.
5. Moldagem de transferência dos implantes;
6. Relação intermaxilar através de planos de cera, linhas de orientação para o tamanho e forma dos dentes de estoque, limite vestibular e dimensão vertical de oclusão (DVO);
7. Prova da montagem dos dentes, seguindo os seguintes passos:
 - a. Checagem e ajustes de contatos em relação de oclusão cêntrica (ROC), máxima intercuspidação, e excursões mandibulares (lateralidade direita e esquerda – lado de trabalho e balanceio; movimento ântero posterior - protrusão e retrusão mandibular);
 - b. Obtenção de aprovação do paciente com o devido registro em prontuário da autorização assinada para acrilização da prótese;
8. Instalação das próteses e ajustes, se necessários. Registrar em prontuário a entrega da prótese e solicitar a assinatura do paciente.
9. Retorno para controle e ajustes, tantos quantos forem necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ARUDA, V.C. Revisão bibliográfica sobre causa da perda dos implantes dentários. Monografia para título de especialista Ciodonto / FACSETE, João Pessoa, 2017.
2. ASSIS, G.M. Avaliação clínica do uso de antibióticos em cirurgias para instalação de implantes dentários: em ensaio clínico randomizado, triplo cego e controlado. Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio Grande do Norte, 2021.
3. BECKER, W. Immediate implant placement: treatment planning and surgical steps for successful outcomes. British Dental Journal 2006; volume 201; NO. 4; AUG 26: 199-205.
4. BRANEMARK, PI. Osseointegration and its experimental background. J Prosthet Dent. 50(3): 399-410, 1983.
5. BUCZAK, F.M. Qual o impacto do bruxismo na implantodontia? Universidade CESUMAR UNICESUMAR, 2021.

6. CAMPOS, A.A. D. Fatores relacionados à perda precoce de implantes dentários. *Research, Society and development*, v. 11, n. 7, e19411729775, 2022.
7. CHRCANOVIC, B.R. et. al Retrospective study comparing the clinical outcomes of bar-clip and ball attachment implant-supported overdenture. *Journal of Oral Science*, v. 62, n. 4: 397-401, 2020.
8. COSTA, M.T. Pré-requisitos iniciais em um planejamento de reabilitação oral com implantes. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.
9. DIER, N. Análise em microscopia eletrônica de varredura de brocas cirúrgicas de implantodontia. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.
10. DO, T.A. et. al. Risk Factors related to Late Failure of Dental Implant—A Systematic Review of Recent Studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 3931; doi:10.3390/ijerph17113931, 2020.
11. ESPOSITO M, et. al. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. Success criteria and epidemiology. *Eur J Oral Sci*. V.106, n.1:5247-51, 1998.
12. FERLA, D. et. al. Avaliação do comportamento de higiene bucal de pacientes periodontais reabilitados com implantes dentários. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 78434-78451 oct. 2020.
13. FRENCH, D. et.al. Long term clinical performance of 10871 dental implants up to 22 years of follow-up: a cohort study in 4247 patients. *Clin Implant Dent. Res*. V.23:289-297, 2021.
14. GALINDO-MORENO, P. et al. Early marginal bone loss around dental implants to define success in implant dentistry: A retrospective study. *Clin. Implant Dent. Relat Res*. 1-13, 2022.
15. GASPAR, A.A.B. Planejamento reverso aplicado a prótese sobre implante – caso clínico. Faculdade de Odontologia – campus Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, 2020.
16. GUIA PARA O IMPLANTODONTISA. CRO – SP. www.crosp.org.br
17. LUPI, S.M. et. al. Biomechanical Modification of Titanium Oral Implants: Evidence from In Vivo Studies. *Materials* 2021, 14 2798 <https://doi.org/10.3390/ma14112798>
18. MALAVAZI, D.C.F. Avaliação clínica de implantes dentários com e sem manutenção anual. Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro, 2015.
19. MARENZI, G. et. al. Clinical Influence of Micromorphologica Structure of Dental Implant Bone Drills. *BioMed Research International*, 2018.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE – portaria nº 718 SAS /MS 20 de dezembro de 2010 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0718_20_12_2010.html acesso em 15/08/2022.
21. MONIZ, E. Complicações intra e pós-operatórias em cirurgia de implantes dentários. Instituto Superior de Ciências da Saúde, 2018.

22. MOURINHA, I.C. Exames imaginológicos em cirurgia oral 2D versus 3D. Instituto Universitário Egas Moniz, 2020.
23. OUANOUNOU, A. et. al. The Influence of Systemic Medications on Osseointegration of Dental Implants. *J Can Dent Assoc* ;82:g7, 2016.
24. PELLIZZER, E.P. et. al. Influência do aumento do comprimento de implantes dentários. *Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, v.13, n. 3, p. 87-94, jul/set 2013.
25. PERA, F. et. al. Evaluation of internal and external hexagon connections in immediately loaded full-arch rehabilitations: A within-person randomized split-mouth controlled trial with a 3-year follow-up. *Clinical Implant Dent. Res.* V. 23:562-567, 2021.
26. PEREIRA, N.K.B. Efeitos da radioterapia na cavidade oral e sua influência no tratamento com implantes dentários. Faculdade de Odontologia da Universidade de Rio Verde, 2020.
27. RAMALHO-FERREIRA, G. et. al. Complicações na reabilitação bucal com implantes osseointegráveis. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.31, n. 1, p. 51-55, janeiro/junho, 2010.
28. RIOS, H.F. et. al. The Use of Cone-Beam Computed Tomography in Management of Patients Requiring Dental Implants: An American Academy of Periodontology Best Evidence Review. *J Periodontol*, v.88, n. 10, 2017.
29. RENOARD, F. Risk factors in implant dentistry: simplified clinical analysis for predictable treatment. Quintessence Publishing Co. Illinois. 1999.
30. ROMITO, G.A. et. al. Diagnóstico clínico e complementar das doenças periimplantares. *R. Periodontia*, v. 18, n.0440-44, 2008.
31. SCARANO, A. et. al. The effects of liquid disinfection and Heat Sterilization Processes on Implant Drill Roughness: energy dispersion x-ray microanalysis and infrared Thermography. *Journal of Clinical Medicine*, v.91019, 2020 doi:10.3390/jcm9041019
32. STAEDT, H. et. al. Potential risk factors for early and late dental implant failure: a retrospective clinical study on 9080 implants. *Staedt et al. International Journal of Implant Dentistry* v. 6, n. 81, 2020
33. TALLARICO, M. et. al. OT-Equator® Attachments Comparison for Retaining an Early Loaded Implant Overdenture on Two or Three Implants: 1 Year RCT Preliminary Data. *Appl. Sci.*, v.11, 2021.
34. TEIXEIRA, D.A. et. al. Implantes dentários em pacientes submetidos à radioterapia em região de cabeça e pescoço: revisão de literatura. *UNINGÁ Journal*, v.58 eUJ3435, 2021.
35. UDOMSAWAT, C. et. al. Comparative study of stress characteristics in surrounding bone during insertion of dental implants of three different thread designs: a three-dimensional dynamic finite element study. *Clin. Exp. Dent. Res.* V. 5. 26-37, 2019.

ANEXO Nº 01 :

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA ESPECIALIDADE DE IMPLANTODONTIA ORAL

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, _____, portador do CNS nº _____, RG nº _____ e CPF nº _____, abaixo assinado, declaro que:

1. Todas as informações que forneci sobre minhas condições de saúde geral e bucal correspondem à verdade dos fatos, não tendo omitido ou suprimido qualquer dado quanto a doenças pré-existentes e que sejam do meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos, sejam estes de controle especial ou não.
2. Estou ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento de tratamento, na resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral, inclusive quando do uso de substâncias medicamentosas durante o procedimento odontológico ou prescritas no transcorrer do tratamento, que podem dar origem à problemas cardíacos, alergias e até a morte.
3. Considerando minha queixa principal e, após a avaliação clínica e de exames laboratoriais e de imagem, o (a) profissional _____ portador do CRO nº _____, me esclareceu sobre o diagnóstico e plano de tratamento, com alternativas e informações claras sobre os objetivos e riscos do planejamento terapêutico escolhido, bem como sobre minha responsabilidade de colaborar e contribuir para o tratamento que será executado.
4. É de meu conhecimento que o tratamento proposto será realizado em aproximadamente _____ meses, podendo, todavia, sofrer alteração de prazo, de acordo com a complexidade que o caso apresentar.
5. Comprometo-me a ser assíduo ao tratamento, manter meus dados de contato atualizados e, em caso de impossibilidade de comparecimento às consultas agendadas, deverei comunicar a Unidade de Saúde com a maior antecedência possível com prazo máximo de 48 horas anteriores ao atendimento agendado.
6. Estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações fornecidas pela equipe responsável pelo meu atendimento prejudicarão o resultado pretendido.
7. Declaro que estou ciente de que deverei comparecer pontualmente as consultas previamente agendadas, devendo seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos a outros profissionais e demais orientações fornecidas pelo (a) profissional.
8. Devo informar ao (à) profissional qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução.

9. Fui informado (a) pela equipe responsável por meu atendimento que a técnica proposta e materiais utilizados em meu tratamento possuem efetiva comprovação científica, respeitando o estado atual da ciência.
10. Entendo que a Odontologia não é uma ciência exata, que cada ser humano possui particularidades quanto ao seu organismo e respostas biológicas diversas e que os procedimentos realizados, ainda que por profissionais habilitados e com a técnica reconhecida cientificamente e indicada para meu caso, podem não atingir a resposta esperada e os resultados não sejam, parcial ou totalmente, alcançados.
11. Fui esclarecido (a) que, caso o tratamento proposto não alcance a perspectiva almejada, com a reabilitação necessária, o profissional apresentará esclarecimentos sobre as limitações enfrentadas propondo alternativas, quando houver.
12. Tenho conhecimento de que a Equipe de Saúde Bucal responsável por meu atendimento possui o dever de manter meu prontuário atualizado, conservando-o em arquivo próprio, me garantindo acesso ao mesmo, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega.
13. Recebi informações sobre o procedimento cirúrgico, orientações de pré e pós-operatório e comprometo-me a cumpri-las com rigor.
14. Sei que minha colaboração é de fundamental importância e que devo tomar os medicamentos prescritos seguindo os horários e doses recomendadas.
15. Estou ciente de que os implantes serão instalados precisamente, observando o que determina a técnica empregada e indicada ao caso. Fui informado que após a instalação dos implantes haverá a necessidade de aguardar que o processo de osseointegração seja concluído.
Osseointegração é a direta conexão, estrutural e funcional, entre o tecido ósseo e a superfície de um implante capaz de suportar esforços fisiológicos. Para os casos de reabilitação de arcada superior o tempo de intervalo entre a etapa cirúrgica e a protética será de no mínimo 6 meses, e a da arcada inferior de 4 meses.
Estatisticamente, o índice de sucesso dos implantes osseointegrados é de 90%. O fenômeno biológico da osseointegração é dependente de fatores locais, sistêmicos e dos cuidados pós-operatórios, a serem seguidos pelo paciente. Existe o risco de não ser possível à recolocação dos implantes em caso de não obter a osseointegração na primeira cirurgia.
O início do tratamento protético pode não ocorrer imediatamente após o término do período de osseointegração. A equipe de Saúde Bucal responsável por meu atendimento acompanhará os prazos estabelecidos e de acordo com a disponibilidade do serviço entrará em contato comigo para agendar o início do atendimento em prótese sobre implante.
Mais uma vez declaro ser de minha responsabilidade manter meus dados de contato atualizados para que não haja prejuízos no processo de chamadas para os atendimentos.
16. Fui esclarecido (a) a respeito dos cuidados pós-tratamento reabilitador protético que devo manter com o intuito de preservar a durabilidade do serviço odontológico realizado na etapa cirúrgica e na protética, sendo que esta última será realizada com o material acordado, de acordo com o tamanho e cor dos elementos dentários previamente aprovados. Estas informações serão registradas em prontuário.

17. Recebi esclarecimentos quanto à durabilidade do trabalho protético, que não depende única e exclusivamente do material utilizado ou da técnica aplicada nas fases cirúrgica e protética, uma vez que a Odontologia é uma ciência de meios e não de resultados. Estou ciente da importância da manutenção diária de higienização oral de acordo com orientação recebida pela equipe de saúde bucal, bem como o início de que alguns hábitos nocivos, como o de fumar, os quais podem prejudicar a durabilidade dos implantes, podendo gerar a perda dos mesmos, além de causar prejuízos à peça protética e a toda cavidade bucal.
18. Sei que todo ser humano pode sofrer alterações de saúde geral e bucal que podem interferir na estabilidade dos implantes, ocasionar desgaste de dentes naturais ou elementos protéticos.
Havendo qualquer alteração que seja de meu conhecimento quanto à minha saúde bucal ou geral, bem como o surgimento de dores nos elementos dentários ou outras dores orofaciais, é de minha responsabilidade manter contato com a equipe de saúde bucal, viabilizando a necessária avaliação do meio bucal e dos fatores que podem ter influenciado ou que tenham sido os causadores de eventuais danos ou alterações que, eventualmente, podem dar origem a prejuízos diversos e até a perda dos implantes e do trabalho protético instalado.
19. Declaro que tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para as consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais, hábitos em geral, adequada higienização oral, além de outros fatores internos ou externos que podem danificar o serviço prestado.
20. Após a conclusão do tratamento no CEO, deverei retornar para a Unidade Básica de Saúde que fará as consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional. Caso haja a necessidade de avaliação por especialista, o encaminhamento ao Centro de Especialidade Odontológica será executado.
21. Fui informado de que a osseointegração não é um processo biológico definitivo, algumas condições sistêmicas, hábitos deletérios e / ou infecções adquiridos após o tratamento podem levar a perda dos implantes. Neste caso não há garantias de que será possível proceder nova cirurgia para reimplantação de implantes, para que isso seja decidido haverá necessidade de iniciar o processo novamente com realização de exame clínico, exames laboratoriais e radiográficos para os casos em que os critérios de inclusão e exclusão no protocolo de SMS sejam cumpridos.

Estando totalmente informado (a) sobre os riscos dos procedimentos propostos, tendo feito todas as indagações, obtido respostas à todas as perguntas e por haver entendido perfeitamente a natureza do tratamento eu, o paciente, sem qualquer coação ou indução, autorizo a realização do tratamento.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Assinatura do cirurgião-dentista

ANEXO Nº2 :

**ORIENTAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE INSTALAÇÃO DE
IMPLANTES DENTÁRIOS OSSEOINTEGRADOS**

Sua cirurgia de instalação de implantes osseointegrados está agendada para ____/____/____.

Apresentamos a seguir recomendações que devem ser seguidas rigorosamente:

RECOMENDAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:

- ✓ No dia do procedimento cirúrgico: comparecer ao Centro de Especialidade Odontológica, com acompanhante maior de 18 anos, com 30 minutos de antecedência para os devidos preparos;
- ✓ Não utilizar maquiagens;
- ✓ No dia da cirurgia dê preferência por alimentação leve. Evite o consumo de alimentos gordurosos, fritos, laxativos ou fermentáveis;
- ✓ Não fazer uso de bebida alcoólica 24 horas antes da cirurgia e durante o tratamento medicamentoso que se segue.
- ✓ Tomar os medicamentos de uso contínuo de acordo com a orientação recebida pelo médico responsável pelo acompanhamento de sua saúde geral;

RECOMENDAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:

- ✓ Seguir rigorosamente o uso da medicação que foi prescrita pelo cirurgião dentista e manter a medicação de uso contínuo prescrita por seu médico;
- ✓ Não ingerir bebidas alcoólicas durante a fase de recuperação;
- ✓ Falar o mínimo possível;
- ✓ Utilizar dois ou mais travesseiros para dormir e não apoiar o rosto no travesseiro do lado em que foi operado até a retirada dos pontos;
- ✓ Evitar tomar banhos muito quentes e nas primeiras 48 horas não lavar os cabelos;
- ✓ Não utilizar a prótese total ou parcial removível até receber as orientações do cirurgião-dentista. Se for autorizado o uso de próteses, elas devem ser mantidas muito limpas;
- ✓ Higienizar a região operada com solução a base de clorexidina à 0,12%, utilizando algodão ou cotonete de maneira suave, conforme orientação recebida pela equipe de saúde bucal;
- ✓ Não fazer bochechos e enxagues vigorosos;

- ✓ Evite tomar Sol, abaixar a cabeça ou assoar o nariz;
- ✓ Até a retirada dos pontos não está autorizada a realização de exercícios físicos;
- ✓ Não mastigar, sob hipótese alguma na região operada até a retirada dos pontos;
- ✓ Assim que chegar em casa, realizar compressa de gelo por fora da região operada: colocar gelo em um saco plástico ou bolsa gel ou água gelada sobre a região e manter essa compressa de gelo por 6 horas após a cirurgia, retirando por 15 minutos quando houver incômodo com o resfriamento da região e recolocar. Caso queira, antes de iniciar a compressa de gelo, você pode colocar uma toalha fina ou aplicar um creme hidratante ou vaselina na parte externa do rosto do lado em que a cirurgia foi realizada para a proteção da pele.
- ✓ Nos 3 meses após o procedimento cirúrgico há necessidade de cuidado para evitar choques, contusões ou traumas faciais;

Os primeiros três dias de pós-operatório são de grande importância para o sucesso do procedimento:

- ✓ Repouso absoluto nas primeiras 48 horas após a cirurgia;
- ✓ Conversar o mínimo possível;
- ✓ Se precisar espirrar, não conter espirro para não aumentar a pressão interna da boca;
- ✓ Não beber nada quente, ácido ou com gás nos primeiros 3 dias. As bebidas devem estar frias, geladas ou na temperatura ambiente;
- ✓ Não ingerir alimentos duros e fibrosos;
- ✓ Ingerir alimentos pastosos, frios ou na temperatura ambiente;
- ✓ Sugestão de dieta (alimente-se de acordo com o seu paladar, mas não se esqueça dos cuidados que devem ser tomados para que seu pós-operatório seja tranquilo):
 - Consumir leites e derivados (iogurtes, coalhada, queijos de consistência macia, requeijão, patês diversos, sorvetes);
 - Recomenda-se o consumo de proteínas como ovos cozidos, mexidos ou pochê, peixes cozidos, caldos (peixe, carne bovina e de frango), purês (batata, cenoura, mandioquinha, beterraba...) e sopas também podem compor as refeições.
 - As frutas devem ser preferencialmente batidas no liquidificador, amassadas, raspadas ou sob forma de purê.
 - Podem ser consumidos mingau de aveia ou maisena e vitaminas;
 - Biscoito de maisena ou pão de forma amolecidos no leite;
- ✓ A partir do 4º dia pode ser aumentada a consistência dos alimentos, com cuidado para não mastigar nada na região em que foi feita a cirurgia.
- ✓ Não fazer uso de alimentos duros ou fibrosos.

BOA RECUPERAÇÃO!