



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

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL DA SES SP

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica:
recomendações de cirurgia ambulatorial”*

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

Gestão 2005-2008

dezembro de 2005



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

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

*“Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações
de cirurgia ambulatorial”*

Dezembro de 2004

Apresentação

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

São Paulo, dezembro de 2004.

Tania Izabel Bighetti Forni
Assessora de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares
Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal

Geraldo Alckmin
Governador do Estado de São Paulo

Luis Roberto Barradas Barata
Secretário da Saúde

Centro Técnico de Saúde Bucal

Maria da Candelária Soares - Diretora

Assessores

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

GRUPO DE TRABALHO

Coordenação Executiva:
Tania Izabel Bighetti Forni

Participantes:

Hiroko H. Nishiyama (DIR I)

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

Colaboradores

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

Representantes das Direções Regionais de Saúde

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

DIR XII: Nadja Moscoso Abdalla

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

DIR XIII: Cláudio José Abrahão

DIR XIV: Suzel Marlene Longhi Nunes Oliveira

DIR XV: Simone Rennó Junqueira; Roberta Molina

DIR XVI: Diana Tsuyako Sjikura

Rosa Maria Outeiro Pinto Moreira

DIR XVII: Severino Florêncio

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

DIR XVIII: Vera Lúcia Morando Simi

DIR XIX: Aparecida Soares Franco

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

DIR XXI: Vera Lúcia de Carvalho Pirk

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

DIR XXII: Júlio César P. Gomes

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

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

DIR XXIV: Maristela Luzia

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

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial

Responsáveis

Claudio Massami Suzuki

Marco Antonio T. Martins

Sumário

| | |
|--|----|
| Consulta inicial..... | 10 |
| Exame clínico..... | 10 |
| Plano de tratamento..... | 12 |
| Tratamento..... | 13 |
| Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral..... | 19 |
| Dor orofacial..... | 22 |
| Emergências médicas..... | 23 |
| Complicações..... | 30 |
| Instrumental necessário..... | 32 |
| Material necessário..... | 34 |
| Bibliografia recomendada..... | 36 |

CIRURGIA AMBULATORIAL

Consulta inicial

| |
|--|
| 1. Colheita de dados através da anamnese, história médica, dentária e exame físico extra e intra-oral |
| 2. Requisição de exames laboratoriais e radiográficos |
| 3. Avaliação da necessidade da intervenção e seu benefício |
| 4. Julgamento da oportunidade cirúrgica do momento a partir da análise da condição sistêmica do paciente evitando atribuições durante o trans e o pós-operatório |

Exame clínico

| Aspectos a serem considerados no pré-operatório cirúrgico |
|--|
| Conduta operatória a necessidade cirúrgica |
| Revisão dos sistemas imunitários, reticuloendotelial, cascata de coagulação, condição hepática e renal, deficiência nutricional ou de metabolização, infecções prévias, avitaminoses, antibioticoterapia ou corticoterapia continuada. |
| Manutenção dos sistemas funcionais do paciente |
| Metabolização e interação dos medicamentos |
| Estabilização do processo de cicatrização e consolidação óssea |

| Condições comuns de saúde que devem ser questionadas verbalmente ou por questionário | |
|---|--------------------------------------|
| Angina | Asma |
| Enfarto do miocárdio | Doença pulmonar |
| Outras cardiopatias | Tuberculose |
| Desordens sanguíneas | Hepatite |
| Uso de anticoagulantes | Doenças sexualmente transmitidas |
| Diabetes | Doença renal |
| Uso de corticosteróides | Hipertensão |
| Desordens convulsivas | Próteses implantadas |
| Gravidez e amamentação | Alergia a medicamentos e substâncias |
| Sinais e sintomas de interesse da região de cabeça e pescoço | |
| <i>Constitucionais:</i> febre, suores, perda de peso, fadiga, mal-estar, perda de apetite | |
| <i>Cabeça:</i> cefaléia, vertigem, desmaio, insônia | |
| <i>Ouvidos:</i> diminuição da audição, tinido (zumbido), dor | |
| <i>Olhos:</i> Embaçamento, visão dupla, lacrimejamento em excesso, secura, dor | |
| <i>Nariz e seios:</i> rinorréia, epistaxe, dificuldade de respirar pelo nariz, dor, alteração do olfato. | |
| <i>ATM:</i> dor, barulho, limitação de movimento | |
| <i>Oral:</i> sensibilidade ou dor dentária, úlceras em lábios ou mucosas, problemas de mastigação, problemas de fala, mau hálito, restaurações ausentes, infecção de garganta | |
| <i>Pescoço:</i> dificuldade de deglutir, alteração na voz, dor ou áreas endurecidas | |

| Exame físico maxilofacial resumido |
|---|
| <p><i>Durante a entrevista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - examinar visualmente acerca do formato geral e simetria da cabeça e esqueleto facial, movimento dos olhos, cor da conjuntiva e esclera, e habilidade auditiva - identificar problemas de fonação, sons da ATM e dificuldades respiratórias |
| <p><i>Região da ATM:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - palpar e auscultar as articulações - mensurar o limite de movimento da mandíbula e padrão de abertura |
| <p><i>Nariz e região paranasal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ocluir as narinas separadamente para avaliar a permeabilidade - inspecionar a mucosa nasal anterior |
| <p><i>Boca:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - retirar todas as próteses parciais e totais removíveis - inspecionar a cavidade oral procurando por lesões dentárias, orais e na mucosa da faringe; olhar as tonsilas e a úvula - segurar a língua fora da boca com uma gaze seca, enquanto inspeciona as bordas laterais - palpar língua, lábios, assoalho da boca e glândulas salivares (verificar a quantidade de saliva) - palpar o pescoço procurando por linfonodos e verificar o tamanho da tireóide. Inspecionar as veias jugulares |

| Revisão dos sistemas cardiovascular e respiratório |
|--|
| <p><i>Cardiovascular:</i> desconforto torácico ao esforço, quando se alimenta ou em repouso; palpitações; edema dos tornozelos; respiração curta (dispnéia) ao esforço; dispnéia ao assumir a posição supina (ortopnéia ou dispnéia noturna paroxística); hipotensão postural; fadiga, câimbras da musculatura da perna.</p> |
| <p><i>Respiratório:</i> dispnéia de esforço, sibilo, tosse, produção excessiva de catarro, tosse com eliminação de sangue (hemoptise).</p> |

| Exames laboratoriais |
|---|
| Hemograma completo |
| Provas de coagulação: TP (tempo de protrombina), TC (tempo de coagulação), TS (tempo de sangramento), TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada). |
| Glicemia em jejum |
| Exame bioquímico para cálcio, fósforo e fosfatase alcalina |
| Urina |
| Sorologia para HIV, Lues, hepatite, tuberculose etc |
| Creatinina |

| Exames radiográficos |
|--|
| Extra orais (panorâmica, PostAnt, AntPost, Lateral, Waters) |
| Intra-orais (periapical, interproximal e oclusal) |
| Tomografia computadorizada (TCom) |

| Fluxo do paciente com necessidade cirúrgica |
|---|
| 1. Avaliação da condição: sempre orientada pela anamnese |
| 2. Pacientes que já apresentam história anterior de doença: devem estar compensados para as cirurgias eletivas |
| 3. Para os pacientes que na anamnese houver alguma suspeita ou sinal/sintoma anormal, encaminhar para a especialidade correspondente |
| 4. Pacientes que por algum motivo não consigam ser compensados devem ser encaminhados para ambiente hospitalar |
| 5. Para as cirurgias que apresentam um grau de dificuldade maior ou o local não apresenta no momento condições para realizá-la devem ser encaminhadas para a especialidade em questão (ambulatorial ou hospitalar, dependendo da cirurgia) |
| 6. A grande maioria dos casos pode e deve ser realizada pelo clínico geral; os encaminhamentos mais comuns, neste âmbito se restringem a pedidos de exames radiográficos e laboratoriais, e consulta para avaliação e conduta para o cardiologista e endocrinologista |

Plano de tratamento

| Passos para o tratamento cirúrgico ambulatorial |
|---|
| 1. Identificação do paciente através do preenchimento do prontuário |
| 2. Avaliação da condição sistêmica do paciente |
| 3. Avaliação da competência e das condições de infra-estrutura da unidade que o procedimento exige para ser executado |
| 4. Requisição de exames complementares |
| 5. Avaliações de profissionais de outras especialidades (tanto médicas como odontológicas) |
| 6. Avaliação da necessidade e oportunidade cirúrgica |

Tratamento

Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

| Atividades | Tipo |
|---|---|
| Intervenções emergenciais odontológicas | Fratura dento-alveolar Abscesso dento-alveolar Celulites e Angina de Ludwig Trombose de seio cavernoso Osteomielite Actinomicose cervico-facial Pericoronarites Alveolites Hemorragias Luxação da mandíbula Dor orofacial |
| Intervenções emergenciais médicas (condutas não invasivas) | Lipotimia Sincope Quadros de HAS aguda Convulsão Parada cardíaco-respiratória Deglutição e aspiração de corpo estranho Hipotensão ortostática Hiperventilação Acidente vâsculo cerebral. Reação de hipersensibilidade (choque anafilático) |
| Exodontias simples | Remoção de focos e raízes residuais, decíduos em época de esfoliação, extrações dentárias com finalidade ortodôntica (pré-molares), exodontias via alveolar |

Fratura dento-alveolar

| Classificação do traumatismo dental – (BARROS 2000) | |
|---|--|
| Denominação | Características |
| Comoção | Lesão periodontal sem mobilidade ou deslocamento clínico |
| Fraturas coronárias de esmalte, de esmalte e dentina e com envolvimento pulpar. | Pode se apresentar em rizogênese incompleta com vitalidade pulpar ou mortificada e rizogênese completa |
| Fraturas radiculares horizontais, oblíquas e verticais | |
| Deslocamentos dentais parciais e totais | Intrusão, extrusão e lateralidade |
| Combinação de dois ou mais itens anteriores | |

Passos para avaliação de pacientes com lesões traumáticas

| |
|--|
| 1. História geral e odontológica |
| 2. Avaliação neurológica |
| 3. Exame clínico da cabeça e pescoço |
| 4. Exame da cavidade bucal (tecidos moles e duros) |
| 5. Exame radiográfico |
| 6. Documentação fotográfica |

Perguntas a serem feitas na anamnese

| Perguntas | Justificativas |
|----------------------------|--|
| Quando ocorreu o acidente? | Fator tempo: definição do tratamento imediato ou tardio |
| Onde ocorreu o acidente? | Avaliação da necessidade de administrar profilaxia tetânica |
| Como ocorreu o acidente? | Tipo de acidente: auxilia no planejamento e indicação de possíveis locais de fratura que podem ser observados no exame radiográfico Trauma na região do crânio: sintomas como amnésia, inconsciência, náusea, sangramento de nariz/ouvido, perda de equilíbrio, cefaléia, letargia, e visão dupla Requerem uma avaliação neurológica |

Roteiro do exame clínico

| |
|---|
| 1. Exploração das feridas extra-orais e palpação do esqueleto facial |
| 2. Exploração das lesões da mucosa oral ou da gengiva |
| 3. Exame das coroas dentárias |
| 4. Exploração dos dentes deslocados |
| 5. Observação de anormalidades na oclusão |
| 6. Observação de mobilidade anormal dos dentes ou fragmentos alveolares |
| 7. Palpação do processo alveolar |
| 8. Reação à percussão |
| 9. Reação a provas de vitalidade |

Dentição permanente

| Fraturas | Condutas |
|--|--|
| Dental (de coroa sem envolvimento pulpar) | Radiografia Colagem de fragmento ou tratamento restaurador |
| Dental (de coroa com envolvimento pulpar) | Radiografia Tratamento endodôntico Restauração |
| Dental (radicular com mobilidade ou avulsão de coroa) | Radiografia; Avaliação clínica Exodontia ou tratamento endodôntico/restaurador |
| Dental (radicular sem mobilidade) | Radiografia Avaliação clínica e radiográfica Tratamento com curativo de demora (hidróxido de cálcio) Contenção semi-rígida de 30 a 60 dias Controle radiográfico Reavaliação clínica Exodontia ou tratamento endodôntico/restaurador |
| Processo alveolar | Redução da fratura Limpeza da ferida Sutura de tecido mole Fixação intermaxilar com barra de Erich Medicação antibiótica, analgésica e antiinflamatória. Encaminhamento para o serviço de CTBMF |

Dentição permanente

| Deslocamentos dentais | Condutas |
|---|---|
| Luxação: (qualquer mobilidade no sentido horizontal ou vertical) | Radiografia Limpeza do local Contenção interdental semi-rígida por 2 semanas Medicação analgésica Controle clínico e radiográfico |
| Avulsão | Reinserção ao alvéolo: maior chance de sucesso (primeira meia hora) Manutenção em soro ou leite (ideal: inserir imediatamente) Limpeza do alvéolo e dente com soro, antes de inseri-lo Contenção interdental semi-rígida por 2 ou 3 semanas Abertura de canal com curativo de demora com hidróxido de cálcio por 15 dias, a seguir obturação. Medicação antibiótica, analgésica Controle clínico e radiográfico |
| Intrusão | Radiografia e limpeza do local com soro Conduta: preservativa Caso o dente não retorne a posição: uso de técnicas ortodônticas Controle clínico e radiográfico |

Dentição decídua

| Fraturas | Condutas |
|--|---|
| Dental (sem exposição pulpar) | Radiografia Proteção ao complexo dentina-polpa Controle clínico e radiográfico Tratamento restaurador após 15 dias |
| Dental (com exposição pulpar) | Radiografia Pulpotomia Controle clínico e radiográfico Reavaliação clínica e radiográfica (determinar exodontia ou manutenção dentária) Tratamento restaurador ou exodontia |
| Radicular (em qualquer terço, envolvendo coroa ou não) | Remoção do dente envolvido |
| Processo alveolar | Encaminhamento para serviço de traumatologia (nível hospitalar) Contenção e redução: não envolvem a dentição decídua |

Dentição decídua

| Deslocamentos | Condutas |
|---------------------------|--|
| Luxação | Radiografia Medicação analgésica Análise da oclusão e radiográfica Caso de mobilidade: contenção semi-rígida por 10 dias Reavaliação clínica e radiográfica (determinar exodontia ou manutenção dentária) |
| Intrusão | Radiografia Medicação analgésica Indicação de exodontia: caso de dano ao germe permanente ou perfuração da raiz decídua pela mucosa vestibular Re-erupção: ocorre de 1 a 6 meses (caso contrário, a anquilose deve ser suspeitada e o dente deve ser removido) Controle semanal no primeiro mês (risco de infecção) Infecção: (indicação de exodontia precedida de antibioticoterapia), sem utilização de elevadores. Caso de raízes integras ou anquilosadas: utilização da técnica da odontosecção e osteotomia vestibular |
| Extrusão parcial ou total | Total: contra-indicação de reimplante Parcial: remoção do dente |

Complicações mais comuns em trauma dento-alveolar

| |
|---|
| 1. Alteração da cor da coroa do dente |
| 2. Necrose pulpar |
| 3. Obliteração do conduto radicular |
| 4. Reabsorção radicular (externo e interna) |
| 5. Perda de sustentação óssea marginal |

Complicações em dentes decíduos

| |
|---|
| 1. Hipoplasia do esmalte |
| 2. Dilaceração da coroa |
| 3. Duplicação radicular |
| 4. Angulação radicular vestibular |
| 5. Dilaceração radicular lateral |
| 6. Parada parcial ou completa na formação da raiz |
| 7. Seqüestração do germe do permanente |
| 8. Alteração na erupção dos dentes |
| 9. Malformação em forma de odontoma |

Classificação do trauma de tecido ósseo de suporte dentário (ANDREASEN 1984)

| |
|---|
| Denominação: |
| Cominuição da cavidade alveolar (concussão, subluxação e luxação dental). |
| Fratura da parede da cavidade alveolar |
| Fratura do processo alveolar |
| Fratura da mandíbula ou da maxila |

Cuidados com traumas de tecido ósseo de suporte dentário

| | |
|-----------------------------------|--|
| Fratura de tecido ósseo | Descontaminação do local da ferida com lavagem com soro e redução do bloco deslocado Contenção com arco e fio de aço Fratura da parede alveolar: prazo de uma semana. Fratura do processo alveolar: imobilização por seis semanas |
| Descontinuidade de mucosa ou pele | Sutura: deve ser realizada com fio agulhado mononylon 5.0 respeitando a anatomia da região |
| Medicação | Antibioticoterapia, antiinflamatórios, analgésicos, profilaxia antitetânica e antitérmicos devem ser prescritos para maior conforto ao paciente Consultar quadro de prescrições; somente nos casos de fratura de processo alveolar a antibioticoterapia e antiinflamatórios devem ser no período de duas semanas com controle de 72 horas, para reavaliação |

| Aparelhos usados para contenção interdental |
|---|
| Amarria com fio de aço 0 ou 2-0 |
| Arcos metálicos (barra de Erich); |
| Bandas e acessórios ortodônticos |
| Goteiras de acrílico |
| Sistema resinoso adesivo associado à fibra tipo “Ribbond” |

| Período de ferulização (BARROS & MANGANELLO 2000) | |
|---|------------------|
| Tipo de lesão | Período |
| Somente lesão do ligamento periodontal | de 2 a 3 semanas |
| Lesão periodontal somada a fratura da parede do alvéolo | de 3 a 4 semanas |
| Grande fragmentação da parede alveolar com dano aos dentes e periodonto | de 6 a 8 semanas |

Obs. As fraturas de maxila e mandíbula necessitam de fixação intermaxilar e devem ser encaminhadas para o serviço CTBMF.

Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

| Procedimento | Indicações / Cuidados |
|--------------------|---|
| Exodontias simples | Sempre que haja indicação e condições para efetuá-las sob as normas de biossegurança. |

Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

| Emergências | Condutas | Encaminhamentos |
|------------------------------|---|--|
| Abscesso dento alveolar | Radiografia prévia (localização da lesão) Drenagem via alveolar ou dental ou exodontia alveolar (se não for indicado tratamento conservador do dente). Medicação antibiótica e antitérmica (cefalexina 500mg + metronidazol 250mg 8/8h por 5 dias, dipirona 500mg ou paracetamol 750mg 4/4h por 24 horas); Radiografia Retorno (após 3 dias) | Controle clínico e radiográfico (nível ambulatorial) |
| Celulites e Angina de Ludwig | Avaliação e diagnóstico clínico: Infecção odontogênica envolvendo planos fasciais com repercussões sistêmicas (febre, mal estar, linfadenopatia, calafrios, sialorréia, limitação para abrir a boca, edema) A Angina de Ludwig é bilateral, endurecida que não apresenta ponto de flutuação Deve ser encaminhada com urgência, pois leva a óbito | Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial (nível hospitalar) |
| Trombose do seio cavernoso | Avaliação e diagnóstico clínico: Sinais clínicos; obstrução venosa na retina, conjuntiva ou pálpebra; parestesia do terceiro, quarto e sexto nervo craniano; abscesso na região orbital; evidência de infecção sanguínea e irritação meníngea. Leva a óbito se não for tratada a tempo | Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial (nível hospitalar) |
| Osteomielite aguda | Avaliação e diagnóstico clínico: Dor profunda e intensa, aumento de volume e ocasionalmente febre e mal estar. Causa: infecção precedente ou fratura de mandíbula. | Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial (nível hospitalar) |
| Actinomicose cervico-facial | Avaliação e diagnóstico clínico: Edema localizado que se fixa no interior dos planos fasciais com múltiplas e típicas fístulas que drenam pela pele. O exsudato se apresenta como grânulos de enxofre | Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial (nível hospitalar) |
| Pericoronarite | Limpeza local Medicação antibiótica, antiinflamatória e antitérmica (cefalexina 500 mg + metronidazol 250 mg 6/6h por 5 dias Ulectomia (com limpeza do local com soro) Indicação de bochechos com clorexidine a 0,12% | Posterior exodontia do dente impactado (nível ambulatorial) |

Atividades a serem desenvolvidas pelo clínico geral

| Emergências | Conduitas | Encaminhamentos |
|----------------------|---|---|
| Hemorragia | <p>Compressão com gaze por 15 minutos</p> <p>Manobras de hemostasia (uso de fibrina, esmagamento ósseo, pinçamento de vaso ou tecido)</p> <p>Sutura: com retalhos tensionais sobre o local cirúrgico e inoculação de fibrina embebida com trombina sobre alvéolos resistentes a manobras de hemostasia</p> <p>Persistência do sangramento: encaminhamento para nível hospitalar (para manobras mais radicais como aplicações de reposição plaquetária, crioprecipitados, vitamina K e até a ligadura da carótida)</p> | Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial (nível hospitalar) |
| Luxação de mandíbula | <p>Redução da ATM pelo método clássico (com movimento dos polegares apoiados nos dentes posteriores inferiores para baixo, para trás e para cima no intuito de ultrapassar a eminência articular e proteção dos dedos por causa do impacto no retorno a posição de oclusão)</p> <p>Medicação analgésica e antiinflamatória conjugada a relaxantes musculares</p> <p>Recomendação de repouso para a ATM</p> <p>Impossibilidade de redução: encaminhamento para nível hospitalar</p> | Serviço de disfunção de ATM ou Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial (nível hospitalar) |
| Alveolite | <p>Radiografia e remoção de corpo estranho (se houver)</p> <p>Alveolites secas: nova curetagem, irrigação com soro + penicilina em pó, utilização de fibrina no alvéolo e nova sutura tentando aproximar ao máximo as bordas cirúrgicas através de retalho.</p> <p>Alveolites úmidas: retirada do tecido desorganizado ou necrótico que esteja no alvéolo</p> <p>Contra-indicação: uso de pastas, pois retardam formação de epitélio</p> <p>Medicação analgésica, antibiótica e antiinflamatória (metronidazol 400 mg 6/6h por 5 dias), dipirona 500 mg 4/4h (enquanto sentir dor), diclofenaco sódico 100mg 8/8h, por 3 dias)</p> <p>Reavaliação em 72 horas</p> | Controle clínico (nível ambulatorial) |

Dor orofacial

Avaliação e diagnóstico clínico (identificação da causa – quadro a seguir) com encaminhamento para o serviço de disfunção de ATM, neurologia, CTBMF e otorrinolaringologia.

| Causa | Características | Diagnóstico |
|--|--|--|
| Disfunção de ATM | Musculatura mastigatória sintomática, deslocamento com estalido ou crepitação da ATM, cefaléia e dores na região facial infra-orbicular, retro-auricular, pescoço e frontal, histórico de luxação, perda de dimensão vertical. Medicação para alívio da dor (consultar quadro de medicações) | Clínico |
| Sinusites ou infecções dos seios faciais | Junto aos sintomas clássicos da sinusite geralmente se associa a cefaléia irradiada que podem ser confundidas com as da disfunção de ATM e neuralgias do trigêmeo. Medicação para alívio da dor (consultar quadro de medicações) | Tomada radiográfica extra-oral de Waters para seio maxilar |
| Neuralgias do trigêmeo | Dor intensa que inibem até a própria mastigação, a fala, o ato de assoar o nariz, sorrir ou mesmo tocar a face. Medicação para alívio da dor (consultar quadro de medicações) | Clínico |
| Outras | Enxaquecas, nevralgias, neoplasias, dor psicogênica, dor crônica pós-traumática, patologia das glândulas salivares, patologia do ouvido, infecções, patologia endócrinas, odontalgias | Especializado |

Emergências médicas

Numa eventualidade, certos quadros podem ocorrer no ato operatório devido ao stress e expectativa criada pelo paciente e acompanhantes

Nessa situação o profissional deve seguir os seguintes passos:

1. Tomar conta do caso (não deixar pessoas inaptas e desinformadas atrapalharem o socorro).
2. Chamar por assistência médica (ambulância, resgate ou equipe médica).
3. Realizar o exame clínico sucinto, visando o diagnóstico e a instituição terapêutica urgente.

Emergências que podem ser atendidas primariamente com condutas não invasivas

Lipotimia
 Síncope
 Quadros de HAS aguda
 Convulsão
 Parada cardíaca respiratória
 Deglutição e aspiração de corpo estranho
 Hipotensão ortostática
 Hiperventilação
 Acidente vascular-cerebral
 Reação de hipersensibilidade (choque anafilático)

| Lipotimia |
|--|
| Conceito |
| Desfalecimento sem perda de consciência, originário do estado de stress emocional que o paciente vivencia, promove a liberação de acetil colina que em quantidades anormais e a maior na corrente sanguínea, provoca uma vasodilatação periférica nas partes altas e cerebrais, acarretando um débito na oxigenação cerebral, conseqüentemente iniciando o estado inercial do desfalecimento |
| Características clínicas |
| Paciente vivencia e relata ao profissional estar sentindo fraqueza, tontura, visão turva, suor e taquicardia; mal estar gástrico, que vai desde ânsia de vômito (estímulo nas formações extra piramidais bulbo mesencefálica e diencefálica responsáveis pelo disparo do vômito) Paciente continua consciente, respirando e sua pulsação é palpável |
| Conduta |
| Promover aeração do paciente (oxigenação por tubo com máscara de ar); desabotoar a camisa e aliviar todas as contenções por pressão, tipo cintos, pulseiras, gravatas e outros Posição de Trendelenburg (condição ímpar da cadeira odontológica) que é a promoção da vascularização cerebral por movimento de declive, fazendo com que o sangue que está depositado nas partes abdominais e centrais desça naturalmente pela ação da própria gravidade ao cérebro, promovendo desta forma a oxigenação cerebral, posição em declive Se possível, promover a hipertensão ortostática fazendo o paciente colocar a cabeça por entre as pernas e avisá-lo para fazer força para cima, enquanto o profissional para baixo (o paciente fica vermelho, sinal que se está promovendo a constrição periférica) |

Emergências médicas

| Síncope |
|--|
| Conceito |
| Conhecido como desmaio, é o desfalecimento com perda de consciência que também tem a mesma origem da lipotímia, via de regra agravada pela ansiedade |
| Sintomas |
| Semelhantes aos da lipotímia, agravados pela perda da consciência Paciente continua respirando e com pulso normal e palpável |
| Conduta |
| Promover vasoconstrição periférica por aposição de gelo ou compressa gelada nas partes altas cerebrais Estimular o retorno à consciência, fazendo o paciente inspirar amoníaco que, estimulando SNA simpático faz com que o paciente volte à consciência Seguir a seqüência do tratamento de uma lipotímia, isto é, promover a vascularização e oxigenação periférica do cérebro |

| Quadros de hipertensão arterial aguda |
|--|
| Conceito |
| É uma doença crônica e grave que pode se agravar em meio a uma cirurgia com transtornos imediatos e ser até letal |
| Características |
| Tonturas, cefaléias temporais, occipitais, náuseas e/ou vômito Paciente pode mostrar-se agitado, muito ativo e eletrizante; repentina perda de consciência |
| Conduas |
| Conduta: prevenção, visando não ser surpreendido numa cirurgia Conduta emergencial: oxigenar o paciente, utilizando o torpedo O2 e a máscara oronasofacial; internar o paciente; medicar o paciente com o próprio medicamento recomendado e prescrito pelo médico para a profilaxia da hipertensão; nos quadros de perda de consciência, chamar serviço especializado, pois as conseqüências de hipertensão podem desaguar em acidentes vasculares cerebrais ou cardíacos |

Emergências médicas

| Convulsões |
|---|
| Conceito |
| Podem ser manifestações da epilepsia, mas pode ocorrer devido a outros fatores externos O cérebro funciona à base de descargas mioelétricas e que na eventualidade de uma sobrecarga neural anormal, o mesmo, como meio de defesa, evitando sua falência total, manifesta-se através de crises convulsivas |
| Manifestações clínicas |
| Crise de ausência; movimentos abruptos, acompanhados de tremor em todo corpo; travamento da boca; possível ferimento de língua com conseqüente sangramento; possibilidade de deglutição e/ou aspiração de corpo estranho, se a boca não estiver limpa de todos objetos móveis; hipersalivação pelo estímulo do SNA (Sistema Nervoso Autônomo) simpático, com possibilidade de asfixia acompanhada pela glossoptose que acarreta o bloqueio das vias aéreas superiores; cianose; liberação dos esfíncteres (micção e defecação involuntária) Pós-crisis: dores epigástricas, confusão mental, possíveis cefaléias |
| Conduta |
| Colocar o paciente numa superfície dura e horizontal, de preferência, no chão; retirar todos os corpos estranhos que se encontram na cavidade bucal; promover proteção da língua pelo uso do abridor de boca infantil ou utilização de gazes com as pontas amarradas para fora da boca; proteger a cabeça com uma toalha dobrada ou blusa para evitar escoriações e/ou traumas na cabeça; promover a hiperextensão cervical em lateralidade (manobra de Esmarch), que evitará anatomicamente, e, eventualmente sangue pela comissura labial; o paciente, ao voltar à consciência, pode sentir fome e vergonha pelo estado de micção e defecação e/ou vômito Não se deve liberar o paciente para ir embora sozinho e deambulando, pois crise sobrevém a crises e pode ser fatal fora dos cuidados do profissional Recomenda-se não liberar o paciente, a não ser com alguém responsável e com receituário de encaminhamento a um pronto socorro, onde depois de avaliado por um médico clínico, será o mesmo medicado, ficando, via de regra, sob observação médica de no mínimo 8 horas |
| Parada cárdio-respiratória |
| Pacientes portadores de cardiopatias são de alto risco em cirurgia; muitas vezes estes nem desconfiam ser portador de uma cardiopatia Pode acontecer de o paciente ser normorreativo, sem história clínica de qualquer alteração cardiovascular e, repentinamente, o mesmo ser vitimado de um mal súbito |
| Em média temos 3 minutos para reanimar o paciente e mantê-lo vivo, e didaticamente se define como ausência de pulso, respiração e consciência |

Emergências médicas

| Manobras de reanimação cardiopulmonar |
|---|
| Liberar vias aéreas: |
| <p>Liberar as vias aéreas superiores, desobstruindo de qualquer corpo estranho na região da orofaringe Colocar o paciente numa superfície dura e horizontal (chão é o melhor local) Promover a manobra de Esmarch (hiperextensão cervical semelhante à utilizada pelo anestesista na manobra de entubação naso endotraqueal formando um ângulo reto entre o mento-occipital e o plano horizontal)</p> |
| Respiração artificial |
| <p>Com a mão direita apoiar a região cervical, levando ligeiramente e a mão esquerda tracionar na região frontal com o auxílio do indicador e do polegar que tampona as narinas Promover a ventilação às custas da respiração artificial boca a boca insuflando o ar por via oral aos pulmões Recomenda-se a utilização de máscaras oro-naso-facial quando em presença de oxigênio ou utilização de um lenço protetor para evitar o contato direto com a boca (uma conduta preventiva relativa para se evitar o contágio eventual) Quando insuflar o ar tomar cuidado de tamponar o nariz para se evitar a fuga do ar insuflado pelas narinas Em crianças colocar a boca, pegando de uma só vez a boca e o nariz da criança</p> |
| Massagem cardíaca |
| <p>Promover a massagem cardíaca externa comprimindo o tórax de encontro à superfície horizontal na altura do segundo ao quarto espaço intercostal na região aproximada onde se encontra o coração ligeiramente à esquerda do osso esterno a um palmo do mento em direção ao osso xifóide na região do osso esterno</p> |
| Seqüência de manobra de reanimação |
| <p><i>Regras a serem seguidas por um profissional:</i> Inicia-se com duas ventilações, depois 15 massagens cardíacas mentalizando 1001, 1002, etc (equivalente a cada segundo) Repete-se a seqüência doze vezes e verifica-se o resultado da manobra</p> <p><i>Regras a serem seguidas por dois profissionais:</i> Inicia-se com duas ventilações, cinco massagens cardíacas e uma ventilação; repete-se o ciclo por doze vezes</p> |
| <p>As manobras de reanimação cardiopulmonar não garantem a recuperação total e final, mas sim garantem a reanimação e a estabilidade do quadro clínico do paciente Portanto é imperativo o socorro médico, cabendo ao profissional realizar as manobras de salvamento não invasivas mantendo o paciente vivo até que um serviço médico especializado venha a se concretizar O profissional não deve desanimar ou desistir das manobras de reanimação cardiopulmonar por questão de tempo e sim realizados até a exaustão, uma vez que se trata de tentativa de salvar uma vida</p> |

Emergências médicas

| Deglutição e aspiração de corpos estranhos: |
|---|
| Dado a proximidade de trabalho do cirurgião a região contígua ao complexo laringofaríngeo, a possibilidade de deglutição ou aspiração de fragmentos ou órgãos dentais deve ser considerada |
| Procedimentos não invasivos diante da deglutição |
| <p>Manter-se calmo e procurar acalmar o paciente</p> <p>Constatar pelos sinais clínicos imediatos se o corpo estranho foi efetivamente deglutido e não aspirado para as vias aéreas</p> <p>Procurar fazer com que o paciente vomite e assim expelir o corpo estranho deglutido. Se não houver sucesso neste propósito.</p> <p>Encaminhar o paciente a um pronto socorro onde se fará uma radiografia torácica e abdominal para descartar possível aspiração assintomática (rara) e a presença e localização do corpo estranho no aparelho digestivo</p> <p>Se for um corpo estranho de tamanho limitado deve-se fazer o acompanhamento radiográfico em conjunto com um médico até sua eliminação</p> <p>Estimular a eliminação através do bolo fecal, com alimentação própria para este propósito (bagaço de frutas cítricas, fibras etc.)</p> |
| Procedimentos não invasivos diante da aspiração |
| <p>Manter-se calmo e acalmar o paciente</p> <p>Constatar os sinais clínicos imediatos da aspiração, tais como: tosse, dificuldade de respirar, cianose, obstrução das vias aéreas superiores levando o paciente até a parada respiratória</p> <p>Se o corpo estranho estiver alojado nas imediações da região oro-laringo faríngeana, obstruindo as vias aéreas deve o clínico cirurgião imediatamente tentar retirar este corpo estranho com o cuidado de evitar sua intrusão. O resultado positivo se verificara com a imediata melhora da respiração do paciente</p> <p>Se o corpo estranho for levado para as vias pulmonares, o clínico cirurgião, deverá se utilizar da manobra de Heimlich, que consiste em expelir o ar depositado no diafragma com tração violenta por até 10 ou mais vezes; região está compreendida na altura do osso xifóide abaixo da caixa torácica</p> <p>O resultado será considerado positivo na medida que o paciente expelir o corpo estranho conjuntamente com o ar depositado no diafragma</p> <p>É mandatório caracterizando-se como emergência o encaminhamento imediato do paciente ao pronto socorro, onde o mesmo deverá se submeter às manobras emergenciais necessárias, além da avaliação e estabelecimento de conduta por especialistas médicos, tais como; cirurgião geral ou cirurgião do tórax e pelo endoscopista que poderá promover a retirada do corpo estranho por manobras via endoscópica</p> |

Emergências médicas

| Hipotensão ortostática |
|--|
| Causa comum de alteração transitória da consciência no consultório que ocorre devido ao acúmulo de sangue na periferia que não é mobilizado novamente com rapidez suficiente para prevenir isquemia cerebral, quando o paciente assume rapidamente a posição vertical |
| Conduta |
| Suspende a cirurgia Colocar o paciente na posição supina, com as pernas elevadas acima do nível da cabeça Monitorar sinais vitais Retornar lentamente a posição sentada com a melhora dos sinais Dispensar paciente somente com os níveis normais e estáveis Encaminhar paciente ao cardiologista |

| Hiperventilação |
|---|
| Causada primariamente pela ansiedade, provoca taquipnéia e agitação O paciente rapidamente se torna alcalótico; pode se queixar de estar com vertigens e com a sensação de formigamento nos dedos da mão e do pé e na região perioral; e pode desenvolver espasmos musculares ou convulsões e até eventualmente perda da consciência |
| Conduta |
| Suspende a cirurgia e remover corpos estranhos da boca Posicionar o paciente na cadeira de forma a ficar mais ereta possível Tentar acalmar o paciente verbalmente Fazer o paciente respirar ar enriquecido com CO ₂ , utilizando um pequeno saco (respirando dentro dele) Monitorar sinais vitais Se os sintomas persistirem, encaminha-lo ao pronto socorro |

| Acidente vascular cerebral |
|---|
| Manifestações clínicas: (citadas na revisão de sistema cardio vascular) |
| Conduta |
| Paralisar todo o atendimento odontológico Pedir assistência médica Colocar o paciente na posição supina, com a cabeça ligeiramente elevada Monitorar os sinais vitais Se houver perda de consciência, administrar oxigênio e instituir a respiração artificial e massagem cardíaca se necessário Transportar o paciente para o pronto socorro, via ambulância ou resgate |

Emergências médicas

| Reações de hipersensibilidade (anafilaxia) |
|---|
| Insuficiência cardiovascular e respiratória resultante de uma reação alérgica imediata, geralmente minutos depois da exposição ao agente responsável |
| Causas comuns |
| São derivadas de anestésico e de substância usada na antissepsia (iodo) |
| Sinais e sintomas |
| Prurido, seguido de urticária e tumefação do tecido subcutâneo (tumefação das pálpebras, dos lábios e da língua), chiados, tosse e dispnéia secundários a edema da laringe e broncoespasmo, tontura, rubor e perda da consciência em consequência de hipotensão; alguns pacientes têm arritmias, inclusive fibrilação ventricular |
| Conduta |
| <p>Solicitar assistência médica</p> <p>Administrar 0,5 ml de epinefrina aquosa (1:1000) por via subcutânea, se não houver hipotensão; em caso de hipotensão, injetar via endovenosa</p> <p>Se necessário repetir a cada cinco ou dez minutos</p> <p>Manter as vias aéreas superiores em condições adequadas</p> <p>Administrar oxigênio por máscara</p> <p>Monitorar sinais vitais; em caso de hipotensão, colocar o paciente em posição supina na cadeira e elevar as extremidades inferiores (posição de Trendelenburg)</p> <p>Monitorar as arritmias, checando a regularidade do pulso.</p> <p>A progressão da obstrução das vias aéreas pode exigir uma traqueostomia e aplicações de fluidos por pessoal habilitado e com experiência neste procedimento</p> |
| Tratamento da urticária |
| <p>Difenidramina (Benadryl) por via oral (25 a 50 mg a cada 6 horas) ou intramuscular (50 a 100mg)</p> <p>Hidroxizina (Atarax, Vistaril) em caso de urticária persistente (25 mg via oral a cada 8 horas)</p> |

Complicações

| Complicações trans-operatórias |
|--|
| Lesão de tecidos moles por broca ou instrumental cirúrgico podendo ferir mucosas ou lábios; as feridas devem ser suturadas se forem profundas ou amplas |
| Lesão de tecidos ósseos pelo uso inadequado da força do fórceps, muitas vezes a extração dentária é acompanhada de osso do septo ou parede alveolar |
| Fratura de mandíbula (raro, mas pode acontecer em mandíbulas atroficas; o caso deve ser encaminhado para o serviço de CTBMF) |
| Fratura de raiz (forma mais comum de acidente); o caso deve ser avaliado se a remoção é indicada O sepultamento só está indicado, se no ato da remoção houver possibilidade de injuriar áreas nobres como nervo alveolar inferior |
| Deslocamento do dente ou raiz para o seio maxilar (ocorre por erro de planejamento, deve ser encaminhado para o serviço de CTBMF) |
| Comunicação oro-antral (às vezes, tal situação acaba sendo inevitável pela proximidade da raiz com o seio maxilar, a comunicação deve ser fechada por retalho cirúrgico); em casos onde há essa previsão ele deve ser encaminhado para a especialização cirúrgica ambulatorial |
| Lesão a dentes adjacentes ou a restaurações pelo uso inadequado de alavancas, fórceps ou broca cirúrgica Uma posterior revisão dentística ou contenção pela mobilidade dentária pode ser necessária para esta iatrogenia |
| Lesão a estruturas adjacentes como forame mentoniano, nervo alveolar inferior, nervo nasopalatino pode levar a alterações sensitivas temporárias de 3 a 12 meses O nervo lingual dificilmente retorna a função se for traumatizado gravemente A secção do nervo com perda de substância causa paresia permanente |
| Luxação de ATM; condição que ocorre por vezes quando o paciente fica muito tempo com abertura máxima bucal.(o tratamento está detalhado no quadro de emergências dentárias |

| Complicações pós-operatórias |
|---|
| Hemorragias |
| Alveolites |
| Edema periférico |
| Linfadenopatia |
| Equimoses |
| Abscessos |
| Cicatrizes e quelóides em incisões em pele |
| Osteomielite |
| Reações alérgicas a medicação |
| Sintomatologia exacerbada (dor, febre, mal estar, náusea cefaléia etc). |

| Considerações sobre o trans e o pós-operatório |
|---|
| Observação dos ditames da técnica cirúrgica (desde a incisão, divulsão, exérese e síntese; respeitando as áreas nobres de inervação e irrigação tanto do retalho como do local cirúrgico visando conservar e limitar o dano ao máximo) |
| Respeito aos seguintes aspectos: as normas de biossegurança devem ser seguidas, postura calma e confiante diante do paciente e dos acompanhantes, planejamento das cirurgias com previsão das possíveis complicações; devida atenção ao pós-operatório passando instruções por escrito e verbalmente tanto para o paciente como para os acompanhantes |
| Procedimentos que envolvam uso de jato de ar/água (como por exemplo, osteotomia por broca cirúrgica, odontossecação etc), devem ser seguidos por antibioticoterapia a menos que no local esteja usando cilindro de ar estéril em vez dos compressores de ar comprimido e o sistema de água do equipo esteja permanentemente com solução asséptica |
| Cirurgias que tenham uma duração de tempo maior que o previsto ou um dano aos tecidos maior que o esperado, as manobras de hemostasia e cuidados pós-operatórios devem ser revistas |
| Orientações sobre repouso, alimentação, higiene, podem ter variações para determinada cirurgia, mas em linhas gerais têm características comuns (Anexo I) |

Protocolo de encaminhamento para especialista

O clínico geral deverá usar a ficha de referência/contra-referência para os encaminhamentos tanto às especialidades médicas como odontológicas em qualquer das fases cirúrgicas (pré, trans e pós-operatório).

Contra-referência

Deve ser enviada após os procedimentos serem realizados pelo centro de referência devidamente anotados na ficha de referência/contra-referência com identificação do profissional.

Instrumental necessário

| Instrumental | Classe | Siafísico | BEC |
|--|--------|-----------|-----|
| Afastador - Farabeuf | 6514 | 14496-7 | |
| Afastador - Mead | 6514 | 14491-6 | |
| Afastador - Senn Mueller | 6521 | 23117-7 | |
| Afastador - Minnesota | 6514 | 101731-4 | |
| Afastador de Volkman | 6521 | 12988-7 | |
| Alavanca - Apical meia cana nº 301 | 6514 | 5058-0 | |
| Alavanca - Seldin reta nº2 | 6514 | 5065-2 | |
| Alavanca - Seldin nº 1L | 6514 | 5063-6 | |
| Alavanca - Seldin nº 1R | 6514 | 5064-4 | |
| Alveolótomo - Blumenfeld | 6514 | 161933-0 | |
| Alveolótomo - Luer curvo | 6514 | 5311-2 | |
| Alveolótomo - Luer reto | 6514 | 5310-4 | |
| Cabo de bisturi - nº 3 | 6514 | 158691-2 | S |
| Cabo para espelho | 6513 | 5039-3 | S |
| Caixa para instrumental - c/furos 42x28x12cm | 6514 | 50778-4 | |
| Cinzel - bi-biselado | 6514 | 161159-3 | |
| Cinzel - biselado | 6514 | 161158-5 | |
| Cinzel - ponta goiva (meia cana) | 6514 | 161157-7 | |
| Cuba redonda - aco inox 10x6cm | 6521 | 143023-8 | |
| Cureta - de Lucas nº 85 | 6514 | 50776-8 | |
| Cureta - de Lucas nº 86 | 6514 | 5054-7 | |
| Cureta - de Lucas nº 87 | 6514 | 35170-9 | |
| Descolador de periosteio - Freer | 6514 | 161366-9 | |
| Descolador de periosteio - Molt | 6514 | 161365-0 | |
| Esfigmomanômetro | 6526 | 53850-7 | |
| Espelho bucal - nº 5 | 6514 | 14064-3 | |
| Estetoscópio | 6526 | 35132-6 | |
| Forceps - adulto nº 17 | 6514 | 5313-9 | |
| Forceps - adulto nº 18L | 6514 | 14046-5 | |
| Forceps - adulto nº 18R | 6514 | 14049-0 | |
| Forceps - adulto nº 65 | 6514 | 5349-0 | |
| Forceps - adulto nº 99 A | 6514 | 89153-3 | |
| Forceps - adulto nº 101 | 6514 | 28795-4 | |
| Forceps - adulto nº 150 | 6514 | 5347-3 | |
| Forceps - adulto nº 151 | 6514 | 14048-1 | |
| Forceps - infantil nº 2 | 6514 | 14044-9 | |
| Forceps - infantil nº 5 | 6514 | 5345-7 | |
| Glicosímetro | 6506 | 50822-5 | |
| Lima para osso - Seldin nº 10 | 6514 | 161160-7 | |
| Lima para osso - Seldin nº 11 | 6514 | 61693-1 | |
| Lima para osso - Seldin nº 12 | 6514 | 5081-4 | |

Instrumental necessário

| Instrumental | Classe | Siafísico | BEC |
|--|--------|-----------|-----|
| Martelo cirúrgico - maciço | 6514 | 81187-4 | |
| Pinça Adson - com dente 12 cm | 6521 | 12110-0 | |
| Pinça Adson - sem dente 12 cm | 6521 | 41865-0 | |
| Pinça Allis | 6526 | 12098-7 | |
| Pinça Anatômica - 16 cm | 6521 | 12097-9 | |
| Pinça Backaus - 8 cm | 6521 | 103071-0 | |
| Pinça Backaus - 13 cm | 6521 | 12109-6 | |
| Pinça Collin - 24 cm | 6521 | 12111-8 | |
| Pinça - Halstead mosquito - 12 cm - curva | 6514 | 66362-0 | |
| Pinça - Halstead mosquito - 12 cm - reta | 6514 | 66907-5 | |
| Pinça Kelly -14 cm - curva | 6521 | 23327-7 | |
| Pinça Kelly - 14 cm - reta | 6521 | 23328-5 | |
| Pinça para dissecação - 12 cm - reta | 6521 | 70258-7 | |
| Pinça - Pean - 14 cm | 6514 | 161161-5 | |
| Ponta para sugador - metálico | 6514 | 119224-8 | |
| Porta agulha Mayo-Hegar -14 cm | 6521 | 23367-6 | |
| Seringa para anestesia - Carpule com refluxo | 6514 | 160799-5 | S |
| Sindesmótomo | 6514 | 14487-8 | |
| Tesoura cirurgica Íris - curva 12 cm | 6521 | 43034-0 | |
| Tesoura cirurgica Íris - reta 12 cm | 6521 | 43036-6 | |
| Tesoura cirurgica Metzenbaum - 15 cm curva | 6521 | 30544-8 | |
| Tesoura cirurgica Metzenbaum - 17 cm curva | 6521 | 161345-6 | |
| Tesoura cirurgica Metzenbaum - 15 cm reta | 6521 | 56593-8 | |
| Tesoura cirurgica Metzenbaum - 17 cm reta | 6521 | 161347-2 | |

Material necessário

| Material de consumo | Classe | Siafísico | BEC |
|--|--------|-----------|-----|
| Agulha gengival descartável - curta G30 | 6513 | 5086-5 | S |
| Agulha gengival descartável - longa G27 | 6513 | 5088-1 | S |
| Agulha hipodérmica descartável - 30x7 | 6526 | 15290-0 | S |
| Álcool etílico a 70% | 6541 | 11179-1 | S |
| Anestésico local injetável - citocaina c/ felipressina | 6513 | 17660-5 | S |
| Anestésico local injetável - mepivacaína 2% c/ levonordef. | 6513 | 76865-0 | S |
| Anestésico local injetável - mepivacaina 2% c/ noradrenal. | 6513 | 41129-9 | S |
| Anestésico local injetável - mepivacaina 2% s/vasocons. | 6513 | 81498-9 | S |
| Anestésico tópico - gel | 6513 | 17619-2 | S |
| Azul de metileno – solução a 1% tópico | 6531 | 39645-1 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb.esf. – nº 3 | 6513 | 94202-2 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb.esf. – nº 4 | 6513 | 5318-0 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb.esf. – nº 5 | 6513 | 94523-4 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb.esf. – nº6 HL | 6513 | 42485-4 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb.conica - nº 56 | 6513 | 5322-8 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb. – nº 701 | 6513 | 76862-6 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb. – nº 702 | 6513 | 20642-3 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb. Zekrya | 6513 | 85288-0 | S |
| Broca para uso odontológico - AR, carb. Zekrya HL | 6513 | 85291-0 | S |
| Caneta de A.Rotação - 400 000 rpm | 6513 | 115639-0 | S |
| Cloreto de sódio - 0,9% | 6531 | 10798-0 | S |
| Clorexidina, gluconato - 0,12% | 6531 | 88874-5 | S |
| Clorexidina, digluconato - 0,2% | 6541 | 64283-5 | S |
| Clorexidina, digluconato - 2% - sol. degermante | 6541 | 72058-5 | S |
| Compressa cirúrgica - 30x30 estéril | 6526 | 140382-6 | S |
| Compressa de gaze hidrófila - estéril 10x10 | 6526 | 17327-4 | S |
| Compressa de gaze hidrófila - estéril - c/ 5 unidades | 6526 | 90042-7 | S |
| Dreno de penrose - nº 1 | 6526 | 21609-7 | S |
| Fio de sutura catgut cromado,3-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 55241-0 | S |
| Fio de sutura catgut cromado,4-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 153915-9 | S |
| Fio de sutura catgut cromado,5-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 31514-1 | S |
| Fio de sutura poliamida mon.,3-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 36995-1 | S |
| Fio de sutura poliamida mon.,4-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 55220-8 | S |
| Fio de sutura poliamida mon.,5-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 28441-6 | S |
| Fio de sutura vycril, 3-0, agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 56498-2 | S |
| Fio de sutura vycril, 4-0, agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 55253-4 | S |
| Fio de sutura vycril, 5-0, agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 73067-0 | S |
| Fio de sutura de seda, 3-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 15469-5 | S |
| Fio de sutura de seda, 4-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 39144-1 | S |
| Fio de sutura de seda, 5-0,agulha 2cm,1/2círc,rian. | 6526 | 164073-9 | S |
| Hemostático local - esponja col. liof. bovino | 6513 | 155907-9 | S |
| Kit cirúrgico odontológico descartável | 6513 | 161920-9 | S |

Material necessário

| Material de consumo | Classe | Siafísico | BEC |
|---|---------------|------------------|------------|
| Lâmina de bisturi - nº 11 | 6526 | 21446-9 | S |
| Lâmina de bisturi - nº 12 | 6526 | 21462-0 | S |
| Lâmina de bisturi - nº15 | 6526 | 21473-6 | S |
| Luva cirúrgica - estéril - 6 | 6526 | 162005-3 | S |
| Luva cirúrgica - estéril - 6,5 | 6526 | 13563-1 | S |
| Luva cirúrgica - estéril - 7 | 6526 | 13568-2 | S |
| Luva cirúrgica - estéril - 7,5 | 6526 | 13569-0 | S |
| Luva cirúrgica - estéril - 8 | 6526 | 13574-0 | S |
| Ponta para sugador - cirúrgico, estéril , descartável | 6513 | 135843-0 | S |
| Seringa descartável - 5 ml | 6526 | 13197-0 | S |
| Seringa descartável - 10 ml | 6526 | 13194-6 | S |

Bibliografia recomendada

1. Andrade ED. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
2. Andreasen JC. *Traumatismo dentário: soluções clínicas*. São Paulo: Editorial Médica Panamericana; 1991 cap.10.
3. Barros JJ, Souza LCM. *Traumatismo buco-maxilo-facial*. 2^a ed. São Paulo: Roca; 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS - Manual de condutas*. Brasília; 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*. 3^a ed. Brasília; 1999.
6. Dingman RO, Natvig P. *Cirurgia das fraturas faciais*. São Paulo: Santos; 2001.
7. Douglas CR. *Fisiologia aplicada à prática odontológica*. 1^a ed. São Paulo: Pancast; 1988.
8. Figún ME, Garino RR. *Anatomia odontológica funcional e aplicada*. 2^a ed. São Paulo: Panamericana; 1989.
9. Freitas A, Rosa JE, Souza IF. *Radiologia odontológica*. 5^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 1984.
10. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 4^a ed. São Paulo: Santos; 1993.
11. Hospital do Câncer. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas: *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal*. São Paulo: Frôntis; 1999 [Collectanea Symposium - Série Medicina e Saúde].
12. Jorge WA. *Urgências sistêmicas em consultório odontológico. Periodontia/ Cirurgia para implantes/ Cirurgia-20º Congresso internacional de odontologia de São Paulo. Vol. 5; p.361 a 389*. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
13. Kruger GO. *Cirurgia bucal e maxilo-facial*. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
14. Lanza CR. *Traumatismo em dentes decíduos*. Bauru; 1995. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo].
15. Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. São Paulo: Artes Médicas; 1984.
16. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 3^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
17. Malamed SF. *Manual de anestesia local*. 4^o ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2001.
18. McMinn RMH, Hutchings RT, Logan BM. *Atlas colorido de anatomia da cabeça e do pescoço*. São Paulo: Artes Médicas; 1983.
19. Neville BW, Damm DD, Alen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998*.
20. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Guia de orientações técnicas - Hepatites B e C*. São Paulo; 2002.
21. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patologia bucal*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
22. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
23. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Pancast; 1998.

ANEXO I

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

- 1 – Comprimir gaze sobre o local operado por 30 minutos.
- 2 – Não bochechar nas primeiras 24 horas, evitar cuspir.
- 3 – Repouso nas primeiras 24 horas, posicionando a cabeça, com auxílio de travesseiros ou almofadas, numa posição elevada.
- 4 – Alimentação: pastosa de morna para fria nas primeiras 24 horas (leite, suco, vitaminas, iogurtes, sorvetes). Dê preferência aos líquidos para se manter hidratado. Evitar alimentos ácido.
- 5 – Higiene: escovação e uso de fio dental com auxílio de anti-sépticos bucais de clorexidine a 0,12%, na primeira semana de pós-operatório.
- 6 – Fisioterapia com bolsa de gelo nas primeiras 6 horas.
- 7 – Um leve inchaço ou um pouco de dor é esperado. Tomar os medicamentos prescritos pelo profissional.
- 8 – Evitar exposição ao sol e altas temperaturas.
- 9 – Caso ocorra sangramento exagerado ou muita dor na região cirúrgica, retornar à entidade (endereço e telefone da unidade) e contatar o profissional, com urgência.
- 10 – Não ingerir bebidas alcoólicas e evitar o uso de tabaco no período pós operatório.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade) (data)

Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Consentimento para Cirurgia e Coleta para Exames Laboratoriais

Nome do paciente: _____

1 – Eu, abaixo-assinado, autorizo esta (e).....a realizar o seguinte: _____

(Descrição da cirurgia ou do procedimento)

e qualquer outra cirurgia ou procedimento adicional, conforme seu ou seus julgamentos exigirem, com base na dita operação ou procedimento.

2 – Discuti com os profissionais a natureza e o objetivo da operação ou procedimento, a possibilidade de que complicações possam aparecer ou desenvolverem-se, os riscos envolvidos e os possíveis métodos alternativos de tratamento.

3 – Entendo que não foi dada nenhuma garantia dos resultados ou da cura.

4 – Autorizo os profissionais da entidade supramencionada a providenciar serviços que acharem razoáveis e necessários, incluindo, porém não limitado a serviços que envolvam patologia e radiologia.

5 – Quaisquer tecidos ou partes cirurgicamente removidos ou colhidos, poderão ser guardados ou eliminados por esta entidade, de acordo com sua rotina de trabalho.

6 – Havendo recebido orientação pré e pós-operatória (incluindo medicação) e dado meu consentimento consciente, eu concordo em liberar esta entidade, seus funcionários, representantes e corpo odontológico de qualquer responsabilidade posterior relativa à permissão para esta cirurgia e procedimento.

7— Autorizo a publicação dos dados por mim fornecidos assim como radiografias e fotografias para fins educacionais ou científicos como for designado pelos profissionais supramencionados.

Li este formulário cuidadosamente, antes de assiná-lo, e tive a oportunidade de questionar o profissional a respeito desta operação ou procedimento._____
*Assinatura do Acompanhante (deve ser adulto)*_____
Assinatura do paciente()***Quando o paciente for incapaz de assinar e outra pessoa o fizer em seu lugar, complete o seguinte:*

Motivo pelo qual o paciente não é capaz de dar pessoalmente seu consentimento (não pôde assinar este formulário).

Explicação:

 Menor – qualquer homem ou mulher solteiro que não tenha completado 18 anos de idade. Se o paciente for menor, nome dos pais ou responsável (is), por extenso:_____
Grau de parentesco do acompanhante (se for o caso) Inconsciente Condição física Outras _____

ANEXO III

CAIXA DE EMERGÊNCIA NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO:

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Cânula orofaríngea clássica
- Abaixador de língua
- Aspirador com ponta
- Conectores para adaptar o tubo ao aspirador do consultório
- Máscara para administração de O₂
- Torpedo de O₂
- Bolsa ambu
- Seringas descartáveis de 1ml com agulha calibre 25, via subcutânea
- Seringas descartáveis de 5 ml com agulha calibre 18 ou 21, para injeção endovenosa
- Torniquete
- Equipo de soro
- Fita plástica
- Soro fisiológico e glicosado a 5%
- Medidor de glicose
- Vasodilatador coronariano – dinitrato de isossorbida 5mg ou 10 mg comprimidos
- Anti-emético – cloridrato de metoclopramida 10 mg
- Anti-histamínico – hidróclorido de difenidramina 25 a 50 mg
- Epinefrina aquosa (1:1.000) ampola
- Amônia aromática
- Dextrose aquosa a 50% frasco ampola
- Diazepam 5 mg comprimidos
- Dipirona gotas.